

ZGODA RODZICÓW NA UDZIELENIE POMOCY MEDYCZNEJ

Wyrażam zgodę na udzielenie pomocy medycznej mojemu dziecku

.....

podczas trwania kolonii sportowo-rekreacyjnej w Smolarni w dniach
..... dotyczy leczenia szpitalnego i zabiegów, w przypadku
zagrożenia zdrowia i życia.

Data Podpisy rodziców: