

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją, zabiegami diagnostycznymi, operacjami w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka (nazwisko i imię dziecka)

..... przez kierownika lub opiekunów w czasie trwania

zimowiska tj. w okresie 08.02.2020r. do 15.02.2020r. numer telefonu dziecka

numer telefonu rodzica

.....08.02.2020r.....
(czytelny podpis opiekuna - imię i nazwisko)