

ZGODA NA LECZENIE SZPITALNE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Ja niżej podpisana/y rodzic/opiekun prawny legitymujący się dowodem osobistym

.....

(seria i numer dowodu osobistego)

Wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody *

Na leczenie szpitalne (znieczulenie ogólne, zabiegi operacyjne) mojego dziecka

- Imię i nazwisko ucznia
- Data i miejsce urodzenia
- PESEL
- Adres zamieszkania

Dane rodzica/opiekuna prawnego

- Imię i nazwisko
- Data urodzenia
- PESEL
- Seria i numer dowodu osobistego
- Adres zamieszkania
- Telefon kontaktowy

.....

miejsowość, data

.....

podpis rodzice/opiekuna prawnego

Stwierdzam zgodność danych rodzica/opiekuna prawnego legitymującego się dowodem osobistym.

.....

Miejscowość, data

.....

podpis osoby potwierdzającej dane/pracownik Ośrodka

*właściwe podkreślić

