

.....
Miejscowość i data

Oświadczenie

Ja, niżej podpisana/ny (imię i nazwisko rodzica)

Legitymująca/y się dowodem osobistym(numer i seria),

nr PESEL:,

zamieszkała/y(adres),

wyrażam zgodę na leczenie szpitalne i wykonanie wszelkich niezbędnych badań mojego dziecka

.....(imię i nazwisko dziecka)

o numerze PESEL w czasie przebywania dziecka

na Obozie MOST w Dworku Wymysłowo k/Tucholi w dniach 04.08-14.08.2023 roku.

.....
Czytelny podpis rodzica