…….
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 09.08-19.08.2025 roku.

……
Czytelny podpis rodzica