

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka)

Zamieszkały/a

Legitymujący się dowodem osobistym seria nr oświadczam, że w razie zagrożenia życia mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko, PESEL dziecka)

wyrażam zgodę na leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Miejscowość, dn.

.....
(czytelny po podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka)