

## OŚWIADCZENIE

Biorę odpowiedzialność finansową za umyślnie spowodowane szkody przez  
mojego(ją) syna/córkę .....  
/ imię i nazwisko dziecka/

podczas pobytu na kolonii w **Lebie** w terminie od **17.07.2023r.** – **27.07.2023r**

Busko - Zdrój, .....2023 r

*(podpis rodzica/opiekuna)*

## ZGODA

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem lub hospitalizowaniem  
mojego dziecka ..... w przypadku zagrożenia jego  
zdrowia bądź życia przez kierownika lub opiekuna w czasie trwania kolonii **Lebie**  
w terminie od **17.07.2023r.** – **27.07.2023r** organizowanych przez Towarzystwo Przyjaciół  
Dzieci Oddział Powiatowy w Busku Zdroju.

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi  
diagnostyczne, operacje.

Busko - Zdrój, .....2023 r.

.....  
podpis rodzica /opiekuna