

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 **28.06.2023r.** – **08.07.2023r**

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 **28.06.2023r.** – **08.07.2023r** 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