

OŚWIADCZENIE

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

podczas pobytu na kolonii w Rowach od **02.07.2022r. – 12.07.2022r**

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 w **Rowach**
od **02.07.2022r. – 12.07.2022r**
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