

ZGODA

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem lub hospitalizowaniem mojego dziecka w przypadku zagrożenia zdrowia bądź życia mojego dziecka przez kierownika lub opiekuna w czasie trwania kolonii organizowanych przez Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Oddział Powiatowy w Busku Zdroju w Szczyrku od **03.08.2023r. – 11.08.2023r.**

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

Busko - Zdrój,2023 r.

.....
podpis rodzica /opiekuna

ZGODA

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem lub hospitalizowaniem mojego dziecka w przypadku zagrożenia zdrowia bądź życia mojego dziecka przez kierownika lub opiekuna w czasie trwania kolonii organizowanych przez Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Oddział Powiatowy w Busku Zdroju w Szczyrku od **03.08.2023r. – 11.08.2023r.**

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

Busko - Zdrój,2023 r.

.....
podpis rodzica /opiekuna

ZGODA

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem lub hospitalizowaniem mojego dziecka w przypadku zagrożenia zdrowia bądź życia mojego dziecka przez kierownika lub opiekuna w czasie trwania kolonii organizowanych przez Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Oddział Powiatowy w Busku Zdroju w Szczyrku od **03.08.2023r. – 11.08.2023r.**

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

Busko - Zdrój,2023 r.

.....
podpis rodzica /opiekuna