

## 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 zimowiska  
w Murzasichle od 10.02.2024r. – 17.02.2024r

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

Busko - Zdrój, ..... 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 zimowiska  
w Murzasichle od 10.02.2024r. – 17.02.2024r

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

Busko - Zdrój, ..... 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 zimowiska  
w Murzasichle od 10.02.2024r. – 17.02.2024r

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

Busko - Zdrój, ..... r.

.....  
podpis rodzica /opiekuna