

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 Czorsztynie organizowanego przez Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Oddział Powiatowy w Busku Zdroju w terminie od **18.01.2026 – 25.01.2026**

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje./ po wcześniejszym, natychmiastowym powiadomieniu rodziców dziecka /

Busko - Zdrój, 02.01.2026 r.

.....
podpis rodzica /opiekuna