

## OŚWIADCZENIE

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

podczas pobytu na kolonii w Łebie od **09.07.2026r. – 18.07.2026r**

Busko - Zdrój, .....2026 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 Łebie  
od **09.07.2026r. – 18.07.2026r**

organizowanych przez Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Oddział Powiatowy w Busku Zdroju.  
W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi  
diagnostyczne, operacje./ po wcześniejszym, natychmiastowym powiadomieniu rodziców  
dziecka/

Busko - Zdrój, .....2026 r.

.....  
podpis rodzica /opiekuna