

ZGODA

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem lub hospitalizowanie mojego dziecka
w przypadku zagrożenia zdrowia bądź życia mojego dziecka przez kierownika lub opiekuna w czasie trwania kolonii w Czorsztynie organizowanych przez Towarzystwo Przyjaciół Dzieci Oddział Powiatowy w Busku Zdroju w terminie od **28.06.2026 – 06.07.2026**

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