

.....
Data, imię i nazwisko rodziców/prawnych opiekunów

ZGODA NA LECZENIE
podczas trwania półkolonii z Zespołem „Dzieci Płocka”

Ja niżej podpisany wyrażam zgodę, aby w razie zagrożenia życia mojego dziecka

.....
Imię i nazwisko dziecka

podjęto jego leczenie szpitalne, przeprowadzono zabiegi diagnostyczne i operacyjne oraz wyrażam zgodę na udzielanie kadrze półkolonii wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka. Stwierdzamy, że podaliśmy wszystkie znane nam informacje o stanie zdrowia dziecka, które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu na obozie. Przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam, a niepodanych chorób dziecka.

.....
.....
(Podpis rodziców/prawnych opiekunów)