

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją, zabiegami diagnostycznymi, operacjami w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka (nazwisko i imię dziecka)

..... przez kierownika lub opiekunów w czasie trwania zimowiska tj. w okresie 26.01.2019r. do 02.02.2019r.

.....
(data, telefon, czytelny podpis opiekuna - imię i nazwisko)