

OŚWIADCZENIE *

Osoby, które upoważniam do:

1) zabierania dziecka poza teren oddziału podczas odwiedzin:

.....
stopień pokrewieństwa.....

2) odbioru dziecka po zakończeniu leczenia:

.....
stopień pokrewieństwa.....

Zostałem/am poinformowany/a, że inne osoby niż wskazane powyżej mogą zabierać dziecko poza teren oddziału /odebrać dziecko po zakończeniu leczenia/ tylko na podstawie upoważnienia z notarialnie poświadczonym podpisem rodzica (prawnego opiekuna).

.....
czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

.....
Seria i numer dowodu osobistego

* Podpis należy złożyć w obecności pracownika Ośrodka

.....
OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że moje dziecko:.....
Nazwisko i imię

jest uczulone na:.....

Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności.......

Obecnie dziecko przyjmuje leki:.....

.....
data

.....
czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego