

OSWIADCZENIE \*

Osoby, które upoważniam do:

1) zabierania dziecka poza teren oddziału podczas odwiedzin:

.....  
stopień pokrewieństwa.....

2) odbioru dziecka oraz dokumentacji medycznej 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

.....  
OŚWIADCZENIE

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

jest uczulone na:.....  
.....  
.....

Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności.....

Obecnie dziecko przyjmuje leki:.....  
.....  
.....  
.....

.....  
data

.....  
czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego

Zostałam/em poinformowana/y o nie pozostawianiu dziecku w oddziale krótkoterminowej żywności, owoców miękkich (gruszki, banany itp.) oraz napojów (soki, woda mineralna) o pojemności powyżej 0,5l.

.....  
Podpis rodzica lub opiekuna prawnego