

.....  
/imię i nazwisko rodzica /opiekuna/

.....  
/adres/

.....  
/telefon/

**ZGODA RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO)  
NA LECZENIE, BADANIA AMBULATORYJNE ORAZ PODAWANIE LEKÓW**

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia fizycznego lub zagrożenia życia  
mojego syna/córki (podopiecznego/-ej)

.....  
ur.

.....,zam.....  
przebywającego(ej) \na obozie w ramach programu „Mały Wielki Polak” w dniach:

15-28.08.2021 - **wyrażam zgodę**

- na badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych,
- na podawanie przez kadrę obozu leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu, podczas pobytu dziecka na obozie.

.....  
Data podpis rodzica (opiekuna prawnego)

.....  
Podpis osoby przyjmującej oświadczenie