

.....  
(miejsowość, data)

.....  
( Imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

.....  
( adres zamieszkania)

.....  
( telefon kontaktowy)

## **OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA WYCHOWANKA**

.....  
( Imię i nazwisko wychowanka)

przebyte choroby .....

leczenia szpitalne .....

aktualny stan zdrowia .....

szczególne potrzeby zdrowotne/leki i sposób pomocy .....

przeciwwskazania odnośnie leków .....

inne uwagi dot. zdrowia .....

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na przeprowadzenie zabiegów medycznych przez służby medyczne.

W przypadku nie wyrażenia przeze mnie zgody na udzielenie pomocy przez służby medyczne, przed podjęciem czynności, proszę o kontakt telefoniczny.

.....  
(podpis rodzica/opiekuna)

\*niepotrzebne skreślić