

XVIII LO im. Jana Zamoyskiego
Upoważnienie do leczenia niepełnoletniego uczestnika Białej Szkoły

.....
imię i nazwisko ucznia

.....
numer PESEL

UPOWAŻNIENIE RODZICÓW do leczenia niepełnoletniego uczestnika na Białej Szkole

Ja, niżej podpisany:
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego niepełnoletniego uczestnika)

wyrażam zgodę na konsultację lekarską, wdrożenia leczenia oraz upoważniam wskazanego przez kierownika wyjazdu członka kadry do podawania mojemu dziecku leków w czasie trwania obozu

Warszawa,
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego
niepełnoletniego uczestnika)

Jeżeli dziecko choruje przewlekłe bardzo prosimy o informacje/wskazówki dla opiekunów przebywających na obozie o ewentualnych reakcjach organizmu, objawach chorobowych i możliwościach działania opiekunów:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego niepełnoletniego uczestnika)