

Imię (imiona) i nazwisko dziecka .....

Imiona i nazwiska rodziców .....

.....

Adres zamieszkania .....

## **O Ś W I A D C Z E N I E**

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia mojego dziecka oraz podawania leków przez opiekunów i pielęgniarkę w czasie trwania zimowiska organizowanego przez Polski Instytut Rozwoju w Białym Dunajcu w dniach 2 - 9 lutego 2018 roku.

..... stycznia 2018 r.  
(data)

.....  
(podpis rodziców)