

ZGODA NA HOSPITALIZACJĘ

Wyrażam zgodę na hospitalizację i leczenie (w tym: przeprowadzenie wszelkich niezbędnych zabiegów lub operacji w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu) mojego

dziecka/podopiecznego:.....
(imię, nazwisko oraz data urodzenia),

które jest Uczestnikiem Campu organizowanej przez Sara Pach & Szulc Studio Artystyczne, ul. Środowa 7, 87-165 Cierpice.

W razie decyzji lekarskiej o hospitalizacji, zobowiązuję się do odbioru dziecka ze szpitala.

.....
data oraz czytelny podpis rodzica/opiekuna

ZGODA NA HOSPITALIZACJĘ

Wyrażam zgodę na hospitalizację i leczenie (w tym: przeprowadzenie wszelkich niezbędnych zabiegów lub operacji w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu) mojego

dziecka/podopiecznego:.....
(imię, nazwisko oraz data urodzenia),

które jest Uczestnikiem Campu organizowanej przez Sara Pach & Szulc Studio Artystyczne, ul. Środowa 7, 87-165 Cierpice.

W razie decyzji lekarskiej o hospitalizacji, zobowiązuję się do odbioru dziecka ze szpitala.

.....
data oraz czytelny podpis rodzica/opiekuna