



ZGODA NA HOSPITALIZACJĘ

Ja,

wyrażam zgodę na hospitalizację, leczenie lub zabiegi operacyjne w przypadku
nieszczęśliwego wypadku mojego dziecka

(imię i nazwisko dziecka)

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne,
zabiegi diagnostyczne, operacje. Wyrażam również zgodę na przekazywanie
informacji o stanie zdrowia mojego dziecka kierownikowi lub upoważnionemu
do tego wychowawcy, pod którego jest opieką w czasie przebywania w szpitalu.

Telefon kontaktowy, pod którym przebywać będą rodzice/opiekunowie w trakcie
wyjazdu:

Data i podpis rodziców: