

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją, zabiegami diagnostycznymi,
operacjami w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka (nazwisko i imię dziecka)

..... przez kierownika lub opiekunów w czasie
trwania obozu tj. w okresie 01.08.2020r. do 09.08.2020r.

Numer telefonu do mojego dziecka, który będzie miał na obozie

...01.08.2020r.....
(numer telefonu, czytelny podpis opiekuna - imię i nazwisko)