

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a

Imię Nazwisko

Telefon E-mail

adres zamieszkania

ojciec, matka, opiekun prawny (niepotrzebne skreślić)

nieletniego.....

ur..... wPESEL

oświadczam,

że na czas pobytu mojego dziecka / podopiecznego MOW w Łobżenicy wyrażam zgodę na:

1. Leczenie i wykonywanie zabiegów medycznych oraz operacji u mojego syna /podopiecznego przypadku zaistnienia takiej konieczności.
2. Leczenie stomatologiczne.
3. Badanie krwi, moczu na obecność narkotyków.
4. Badanie krwi w kierunku WZW typu B, C oraz AIDS.
5. Transport przez służby medyczne(ratowników medycznych) bez opiekuna (wychowawcy) w razie zagrożenia życia lub zdrowia mojego syna/ podopiecznego.
6. Odbiór wyników badań mojego dziecka przez pracowników Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Łobżenicy
7. Odbiór mojego dziecka ze Szpitala przez pracowników Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Łobżenicy

.....

Data i podpis rodzica/ opiekuna prawnego.