

Chwałowice, dn.....

.....

Imię i nazwisko wychowanka.

.....

Imię i nazwisko matki/ opiekuna prawnego

.....

Imię i nazwisko ojca/ opiekuna prawnego

.....

.....

Adres zamieszkania

Oświadczenie

W przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych u mojej córki/ mojego syna zobowiązuję się do niezwłocznego odebrania dziecka z placówki i zapewnienia mu opieki medycznej.

.....

(podpis rodzica/ opiekuna prawnego)