

# OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany (-a) .....

PESEL .....

**Upoważniam / Nie upoważniam \***

Pana / Panią .....

PESEL .....

Adres zamieszkania .....

Telefon kontaktowy .....

- do obecności z dzieckiem podczas udzielania świadczeń zdrowotnych
- do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia dziecka i udzielonych świadczeniach zdrowotnych
- do uzyskiwania wglądu, odpisu lub kopii dokumentacji medycznej

Dane dziecka:

Imię i nazwisko dziecka .....

PESEL dziecka .....

.....  
Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna

Jednocześnie oświadczam, że w dniu składania niniejszego oświadczenia korzystam z pełni praw rodzicielskich /jestem opiekunem prawnym dziecka\*

\* Niewłaściwe skreślić

.....  
Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna