

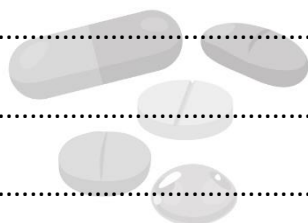
.....
miejscowość, data

**ZGODA NA PODAWANIE LEKARSTW MOJEMU DZIECKU
PODCZAS POBYTU NA OBOZIE**

Ja niżej podpisana(ny) jako rodzic / prawny opiekun
dziecka: (imię i nazwisko dziecka)
(nr pesel dziecka) przebywającego na obozie SpecActive w
wyrażam zgodę na podawanie lekarstw mojemu dziecku.

Lekarstwa należy podawać następująco: *(nazwa leku i sposób dawkowania)*

1. Lekarstwo.....sposób dawkowania.....
2. Lekarstwo.....sposób dawkowania.....
3. Lekarstwo.....sposób dawkowania.....
4. Lekarstwo.....sposób dawkowania.....
5. Lekarstwo.....sposób dawkowania.....



.....
podpis Rodzica / Prawnego Opiekuna