

Stargard, dnia.....

.....
(Nazwisko i imię dziecka)

.....
(Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(Adres zameldowania/pobytu)

.....
(Numer PESEL rodzica)

Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii
w Stargardzie

Zgoda rodzica/opiekuna na udzielanie interwencyjnej pomocy medycznej ogólnozdrowotnej

Ja niżej podpisany/a, legitymujący/a się dowodem osobistym (seria i numer)..... oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielanie mojemu dziecku o numerze PESEL.....pomocy medycznej oraz leczenia w poradniach i oddziałach szpitalnych.

Upoważniam wychowawców, pracowników pedagogicznych MOS w Stargardzie do udzielania informacji oraz dokumentacji medycznej w razie wymagań odpowiednim placówkom, a także odbieranie dokumentacji medycznej dziecka.

Wyrażam zgodę na obecność wychowawcy, pracownika pedagogicznego MOS w Stargardzie w czasie badań bądź zabiegów medycznych mojego dziecka.

*Jako opiekun prawny dzieckanr PESEL....., oświadczam, że jestem opiekunem prawnym. Nie mam sądowo odebranej władzy rodzicielskiej.

.....
(podpis rodzica / opiekuna prawnego)