

Stargard, dnia.....

.....
(Nazwisko i imię dziecka)

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

.....
(Adres zameldowania/pobytu)

.....
(Numer PESEL rodzica)

Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii
w Stargardzie

Oświadczenie

Wyrażam zgodę na sprawdzanie w razie konieczności stanu zdrowia mojego dziecka poprzez wykonywanie testów na obecność narkotyków oraz badanie alkomatem.

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