……………………………………… Chwaszczyno, dnia ……………........

OŚWIADCZENIE

 W razie zagrożenia zdrowia lub życia dziecka ………………………………………………………… zgadzam się na jego leczenie, niezbędne zabiegi diagnostyczne i operacje.

……………………………………………………………..

Podpis ojca /matki / opiekuna pranego