**ZGODA NA LECZENIE DZIECKA**

Ja niżej podpisana (-ny) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**(Imię, nazwisko, numer pesel i adres zamieszkania)**

oświadczam, że posiadam prawa rodzicielskie w zakresie decydowania o sprawach zdrowia mojego dziecka …..........................................................................................................................................

**(imię, nazwisko oraz numer pesel dziecka)**

i wyrażam zgodę na jego leczenie.

 …............................................................ …......................................................................... **data**  **czytelny podpis**