

.....  
Imię i nazwisko wychowanka

Strzelin, dn. ....

## **OŚWIADCZENIE**

### **Zgoda rodzica (opiekuna prawnego) na badanie i leczenie**

Wyrażam zgodę na leczenie ambulatoryjne, hospitalizacyjne oraz badanie i leczenie w Poradni Zdrowia Psychicznego, placówkach leczenia psychicznego oraz neurologicznego mojego syna/podopiecznego ..... ur. ....  
zam. ....  
podczas pobytu w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii w Strzelinie.

.....  
Podpis rodzica/opiekuna

.....  
Seria i nr dow. osobisty