

.....
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. osob.

