*Oświadczenie*

1. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody/\* na udzielanie pomocy lekarskiej lub leczenie szpitalne syna/ córki ………………………………… w nagłych przypadkach. Również tych zagrażających życiu.
2. Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody/ na samodzielne wyjazdy syna/ córki ……………………………………………………. z bursy do domu po zakończonych tygodniowych zajęciach szkolnych lub w innych uzasadnionych przypadkach ( wcześniejsze zwolnienie przez rodzica).

…………………….. ………………………….

podpis wychowanka data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

*OŚWIADCZENIE*

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody /\*na podanie mojemu dziecku

………………………………………………

w razie potrzeby leków przeciwbólowych, przeciwgorączkowych i udzielenie pierwszej pomocy.

Dodatkowe informacje o stanie zdrowia dziecka, np. stałe choroby, alergie itp. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………..

data i podpis rodzica / opiekuna prawnego

\*włąściwe proszę zakreślić