

Katowice, dnia

.....
Imię i nazwisko dziecka

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażamy/nie wyrażamy* zgodę/y na dokonanie ewentualnej interwencji medycznej lekarza ZOZ EPIONE oraz na podanie leków przeciwgorączkowych podczas pobytu dziecka w żłobku EPIONKOWO.

*** odpowiedni skreślić**

.....

.....
Podpisy Rodziców/Opiekunów prawnych