



Ryszewko, dnia.....

.....  
(Nazwisko i imię dziecka)

.....  
(Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego)

.....  
(Adres zameldowania/pobytu)

.....  
(Numer PESEL rodzica)

Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii

W Ryszewku

**Zgoda rodzica/opiekuna na udzielanie interwencyjnej pomocy medycznej ogólnozdrowotnej**

Ja niżej podpisany/a ....., legitymujący/a się dowodem osobistym (seria i numer)..... oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielanie mojemu dziecku o numerze PESEL.....pomocy medycznej oraz leczenia w poradniach i oddziałach szpitalnych.

Upoważniam wychowawców MOS w Ryszewku do udzielania informacji oraz dokumentacji medycznej w razie wymagań odpowiednim placówkom, a także odbieranie dokumentacji medycznej dziecka.

Wyrażam zgodę na obecność wychowawcy MOS w Ryszewku w czasie badań bądź zabiegów medycznych mojego dziecka.

\*Jako opiekun prawny dziecka .....nr PESEL....., oświadczam, że jestem opiekunem prawnym. Nie mam sądownie odebranej władzy rodzicielskiej.

.....  
(podpis rodzica / opiekuna prawnego)