



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**

Oświadczam, że w razie jakichkolwiek podejrzeń bycia pod wpływem środków psychoaktywnych (alkohol, narkotyki, środki wziewne, dopalacze i inne) wobec mojego dziecka wyrażam zgodę na użycie wszelkich możliwych sposobów diagnozowania obecności środków psychoaktywnych w organizmie.

Wyrażam zgodę na korzystanie w tym celu z instytucji umożliwiających przeprowadzenie odpowiednich testów laboratoryjnych tj. szpitale, przychodnie, poradnie, policja, laboratoria medyczne itp.

Wyrażam zgodę na udzielenie specjalistycznej pomocy medycznej w razie konieczności np. zabieg płukania żołądka lub inne, na terenie szpitala i poinformowanie o stanie zdrowia odpowiednich służb do tego powołanych.

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