

ZGODA NA PODAWANIE LEKÓW

W związku z udziałem dziecka

.....

(Imię i nazwisko, DATA URODZENIA DZIECKA)

w wypoczynku Zaczarowane Wakacje 2023, w Opolu w terminie 05.08.-
15.08.2023 wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku leków: (leki +
dawkowanie)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

Podpis rodzica