

# UPOWAŻNIENIE

Wyrażam zgodę na wizyty lekarskie i/lub szczepienia\* mojego dziecka:

.....  
imię i nazwisko dziecka

.....  
pesel

.....  
.....  
adres

w obecności niżej wymienionych osób:

1.....

.....

.....

2.....

.....

.....

Zgody udzielam bezterminowo/w okresie od.....do.....\*

.....  
data i podpis opiekuna

\*niepotrzebne skreślić