

ZGODA NA HOSPITALIZACJĘ

Wyrażam zgodę na hospitalizację i leczenie (w tym: przeprowadzenie wszelkich niezbędnych zabiegów lub operacji w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu) mojego dziecka/podopiecznego:.....
(imię, nazwisko oraz data urodzenia),

które jest Uczestnikiem obozu letniego/zimowego organizowanego przez Ekspedycja S.C.,
ul.Więckowskiego 7, 70-411 Szczecin.

W razie decyzji lekarskiej o hospitalizacji, zobowiązuję się do odbioru dziecka ze szpitala.

.....
data oraz czytelny podpis rodzica/opiekuna