

OŚWIADCZENIE

W przypadku wystąpienia drobnych dolegliwości (np. bóle głowy, niestrawność, gorączka, przeziębienie) wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na podanie przez wychowawców ogólnodostępnych leków mojemu dziecku

.....
(imię i nazwisko dziecka)

*niepotrzebne skreślić

.....
(miejsowość, data)

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