

.....  
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....  
miejsowość i data

.....  
adres zamieszkania

.....

.....  
telefon

## OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na leczenie ambulatoryjne, szpitalne, ewentualne zabiegi chirurgiczne, anestezyjologiczne, punkcje lędźwiowe, TK, MR, konsultacje w poradniach oraz placówkach leczniczych i specjalistycznych, w tym także leczenie psychiatryczne mojego dziecka/podopiecznego .....  
przebywającego w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii w Wojsce, ul. Zakładowa 8 oraz na podawanie mu leków zleconych przez lekarza.

Liczę się także z ewentualnymi komplikacjami mogącymi wystąpić po zabiegu.

Upoważniam dyrektora Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii w Wojsce lub inny personel wyznaczony przez niego do oddania mojego dziecka na hospitalizację i odebrania go po skończonym leczeniu.

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna)

.....  
(pesel rodzica/opiekuna)

.....  
(nr dowodu osobistego rodzica/opiekuna)