

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(imię i nazwisko opiekuna prawnego)

.....  
.....  
(adres)

### Oświadczenie

Oświadczam, iż mój podopieczny.....  
(imię i nazwisko dziecka)

choruje/nie choruje\* na choroby przewlekłe:

.....  
(jeżeli tak, podać jakie)

jest/nie jest\* pod opieką poradni specjalistycznej:

.....  
(jeżeli tak, podać jakiej)

Przyjmuje/nie przyjmuje\* leki na stałe:

.....  
(jeżeli przyjmuje, podać jakie)

Adres Przychodni Rejonowej , do której należy podopieczny :

.....

Jednocześnie oświadczam będąc Świadoma/Świadomy odpowiedzialności karnej za udzielanie nieprawdziwych informacji (art. 233 kk) iż powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....  
(podpis opiekuna prawnego)

\* Niepotrzebne skreślić