

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

WYRAŻENIE ZGODY

Ja oświadczam, że w przypadku wystąpienia zagrożenia
/ imię i nazwisko rodzica – opiekuna prawnego /

zdrowia lub życia mojego syna/podopiecznego
/ imię i nazwisko wychowanka /

wyrażam zgodę na leczenie – wykonanie zabiegu operacyjnego/chirurgicznego w warunkach szpitalnych.

.....
/ miejscowość i data /

.....
/ podpis rodzica – opiekuna prawnego /

* Powyższe oświadczenie wykorzystane będzie **tylko w przypadku, gdy podczas pobytu nieletniego wychowanka w Zakładzie Poprawczym w Poznaniu nastąpi zdarzenie wymagające – zdaniem lekarza – interwencji chirurgicznej / zabiegu operacyjnego/ w warunkach szpitalnych .**