UPOWAŻNIENIE RODZICÓW
DO PODANIA LEKÓW DZIECKU Z CHOROBĄ PRZEWLEKŁĄ
na obozie SERWY, 22.06 - 30.06.2024 r.

Ja, niżej podpisany

…… …….
(imię i nazwisko **rodzica / opiekuna prawnego)** (numer pesel rodzica / opiekuna)

upoważniam wskazanego przez kierownika obozu członka kadry do podawania mojemu dziecku

……
(imię i nazwisko **dziecka)**

leku:

……

……

……

……
(nazwa leku, dawka, częstotliwość podawania/godzina, okres leczenia)

Miejscowość ……, dnia ……

……..
(czytelny po podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka)