.......................................... Chwałowice, dn……………

Imię i nazwisko wychowanka.

……………………………...

Imię i nazwisko matki/ opiekuna prawnego

……………………………..

Imię i nazwisko ojca/ opiekuna prawnego

……………………………...

……………………………...

Adres zamieszkania

**Oświadczenie**

W przypadku wystąpienia problemów zdrowotnych u mojej córki/ mojego syna zobowiązuję się do niezwłocznego odebrania dziecka z placówki i zapewnienia mu opieki medycznej.

…………………………….

(podpis rodzica/ opiekuna prawnego)