



Upoważnienie

Upoważniam..... do sprawowania opieki
(imię, nazwisko, nr. dowodu osobistego)

nad moim dzieckiem w czasie badania lekarskiego.
(imię, nazwisko, pesel)

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/faktycznego

.....
Adres zamieszkania, telefon

.....
Podpis