

ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH NA POBYT DZIECKA POD OPIEKĄ WSKAZANEJ OSOBY

My niżej podpisani

| | |
|------------------|-------|
| rodzic/opiekun 1 | PESEL |
|------------------|-------|

| | |
|------------------|-------|
| rodzic/opiekun 2 | PESEL |
|------------------|-------|

niniejszym wyrażamy zgodę na pobyt naszego dziecka

wraz z Panią/Panem

w Sanatorium Uzdrowskim WISTOM w okresie

| | |
|-------------------------|----------------|
| imię i nazwisko dziecka | PESEL |
| adres zamieszkania | data urodzenia |

| | |
|--------------------------|-------|
| imię i nazwisko opiekuna | PESEL |
| adres zamieszkania | |

| | |
|---------------------|-------------------|
| od (data przyjazdu) | do (data wyjazdu) |
|---------------------|-------------------|

Data i czytelny podpis
rodzic/opiekun 1

Data i czytelny podpis
rodzic/opiekun 2