

ZGODA NA SPRAWDZNIĘ CZYSTOŚCI GŁOWY DZIECKA

Wyrażam zgodę na przegląd czystości głowy mojego dziecka

.....
Imię i nazwisko / data urodzenia

przez pielęgniarkę podczas pobytu na kolonii w celu
wyeliminowania zarażeń wszawicą.

.....
(podpis rodziców / opiekunów prawnych)

ZGODA NA PODAWANIE LEKÓW

Wyrażam zgodę na podawanie następujących leków, podczas
kolonii letniej w terminie mojemu dziecku

.....
Imię i nazwisko / data urodzenia

Lek i dawkowanie :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(podpis rodziców / opiekunów prawnych)

