

ZGODA NA BADANIE I UDZIELENIE NIEZBĘDNEJ POMOCY MEDYCZNEJ

Ja niżej podpisany/a wyrażam świadomą zgodę na przeprowadzenie badania oraz udzielenie wszelkiej niezbędnej pomocy medycznej mojemu dziecku:

.....

(imię i nazwisko dziecka)

.....

(PESEL)

przebywającego w Stadninie Koni Żarnowo w obecności opiekuna wyznaczonego przez organizatora

.....

(czytelny podpis rodzica lub prawnego opiekuna)