

UPOWAŻNIENIE

Ja, _____

działając jako opiekun prawny mojej podopiecznej / podopiecznego
(imię i nazwisko rodzica)

PESEL: _____
(imię i nazwisko dziecka)

Upoważniam Panią/Pana _____

_____ PESEL: _____

do opieki nad moją /moim podopieczną/ym podczas wizyty w dniu _____

w poradni medycyny sportowej **ZOZ Salus w Ostrzeszowie przy ul. Przemysłowej 11**

Jednocześnie upoważniam w/w osobę do obecności podczas badań lekarskich mojej/go podopiecznej/go oraz odebrania od personelu medycznego informacji i zaleceń co do stanu zdrowia w/w dziecka.

Upoważniam do udzielania odpowiedzi na pytania personelu medycznego dotyczące jej/go stanu zdrowia zaświadczać, iż wskazana przeze mnie w/w osoba posiada pełną i wyczerpującą wiedzę na temat stanu zdrowia mojego podopiecznego.

miejsowość, data podpis osoby składającej oświadczenie