

....., dnia

(Miejscowość i data)

O Ś W I A D C Z E N I E
(wypełnia rodzic / opiekun prawny)

Ja, niżej podpisany

(imię i nazwisko)

Oświadczam, że jestem rodzicem / opiekunem prawnym* i posiadam pełnię władzy rodzicielskiej

dziecka

(imię i nazwisko dziecka)

Oświadczam także, że posiadam nieograniczone prawo do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka, w tym uzyskiwania kserokopii /uwierzytelnionej kserokopii* dokumentacji medycznej.

Oświadczenie niniejsze składam świadomy odpowiedzialności prawnej za podanie nieprawdziwych informacji i oświadczeń.

Oświadczenie składam celem uzyskania kserokopii dokumentacji medycznej w/wym. dziecka.

.....
Imię i nazwisko