

....., 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