

Wojnow, dnia

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y, ur.
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego nieletniego) (data urodzenia)

w, legitymująca/y się dowodem osobistym,
(miejsce urodzenia) (seria i numer dowodu)

zam.
(dokładny adres zamieszkania)

oświadczam, iż jestem rodzicem/opiekunem prawnym* nieletniego
(imię i nazwisko nieletniego)

i wyrażam zgodę na **badania specjalistyczne** oraz w **warunkach szpitalnych** mojego dziecka/podopiecznego*,
wykonywane na prośbę Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Wojnowie.

* niepotrzebne skreślić

.....

(podpis rodzica/opiekuna prawnego)