............................ dnia .....................

 ( miejscowość)

Deklaracja rodziców/opiekunów prawnych

 Oświadczam, że w związku z wyborem lekarza w miejscu stałego zamieszkania

syna/córki ................................................................................................ deklaruję, że w

przypadku choroby lub innych dolegliwości zdrowotnych, odbiorę syna/córkę z placówki i

umożliwię konsultację z lekarzem.

 ....................................................................

 ( podpis rodzica / opiekuna prawnego)