............................ 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)