

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam asystentkę stomatologiczną Panią Jagodę Srzedzińską do odbioru mojego dziecka:

.....
Imię i nazwisko dziecka

.....
PESEL dziecka

z zajęć szkolnych w celu udzielenia świadczeń zdrowotnych w gabinecie stomatologicznym w Szkole Podstawowej nr 3 w Konstancinie-Jeziornie.

Upoważniam powyższą osobę do sprawowania opieki nad moim dzieckiem w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych.

.....
Imię i nazwisko rodzica / przedstawiciela ustawowego

.....
Czytelny podpis rodzica / przedstawiciela ustawowego

.....
data

Upoważnienie pozostaje w mocy do odwołania w sposób pisemny przez rodzica / przedstawiciela ustawowego dziecka w dowolnym czasie.