

.....  
/imię i nazwisko rodzica/

....., dnia.....roku  
/miejsowość/

.....  
/adres zamieszkania/

.....  
/telefon kontaktowy/

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y, legitymująca/y się dowodem osobistym serii.....nr.....  
wyrażam/nie wyrażam\* zgodę na podejmowanie decyzji związanych z niezbędnym leczeniem,  
hospitalizacją oraz zabiegami operacyjnymi, w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego syna  
.....,będącego pod opieką pracowników  
Specjalnego Ośrodka Wychowawczego im. św. Alojzego Orione w Kaliszu.

.....  
miejsowość i data

.....  
czytelny podpis rodzica

\*niepotrzebne skreślić