……………………………….…………………………

data, imiona i nazwisko/a rodziców dziecka

**ZGODA NA LECZENIE ORAZ PODAWANIE LEKÓW**

Wyrażamy zgodę na podanie naszemu dziecku (imię i nazwisko)

………………….………………………………………......................................

leków: przeciwbólowych, przeciwzapalnych, przeciwgorączkowych i rozkurczowych - proszę podać jakich) ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...w doraźnych przypadkach, podczas naszej nieobecności, w trakcie uczestnictwa dziecka w zajęciach grupy terapeutycznej w Ośrodku ReGeneRacja.

W sytuacji zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacyjne oraz wyrażamy zgodę na udzielanie kadrze Ośrodka ReGeneRacja wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka.

Niniejszym oświadczamy, że podaliśmy wszystkie znane nam informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka, które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki podczas zajęć w grupie terapeutycznej. Przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za ewentualne skutki niepodania Ośrodkowi informacji o chorobach naszego dziecka, które są nam znane.

…………..……..…………………… …………………………………..

Podpisy rodziców