



**Upoważnienie do obecności innej niż OPIEKUN PRAWNY osoby przy badaniach
małoletniego**

Imię i nazwisko MAŁOLETNIEGO PACJENTA
PESEL

Ja, niżej podpisana/ny OPIEKUN PRAWNY ww. dziecka

Imię i nazwisko OPIEKUNA PRAWNEGO
PESEL
Adres zamieszkania

Oświadczam, że wyrażam zgodę na:

- konsultację lekarską
- szczepienie
- bilans
- badania laboratoryjne
- inne: _____

U mojego dziecka w obecności OPIEKUNA FAKTYCZNEGO

Imię, nazwisko OPIEKUNA FAKTYCZNEGO
PESEL
Adres zamieszkania

Data	Podpis opiekuna prawnego małoletniego pacjenta
------	--