Ośrodek Środowiskowej Opieki Psychologicznej i Psychoterapeutycznej dla Dzieci i Młodzieży w Rawie Mazowieckiej

**Z G O D A N A L E C Z E N I E D Z I E C K A**

Ja, niżej podpisana (y) oświadczam, że posiadam prawa rodzicielskie w zakresie decydowania o sprawach zdrowia mojego dziecka ......................................................

i wyrażam zgodę na jego leczenie.

.................................................

.............................................. ...............................................

*Miejscowość Data Czytelny podpis*

Ja, niżej podpisany oświadczam, że mam ukończone 16 lat i wyrażam zgodę na leczenie.

.................................................... .........................................................

*Miejscowość Data Czytelny podpis*