

UPOWAŻNENIE

Ja, _____, działając jako opiekun prawny mojej
(imię i nazwisko rodzica)

podopiecznej / podopiecznego

_____ PESEL: _____
(imię i nazwisko dziecka)

Upoważniam Panią/Pana _____ PESEL: _____

do opieki nad moją /moim podopieczną/ym podczas wizyty w dniu _____ w poradni
medycyny sportowej SP ZOZ Centralnego Ośrodka Medycyny Sportowej.

Jednocześnie upoważniam w/w osobę do obecności podczas badań lekarskich mojej/go
podopiecznej/go oraz odebrania od personelu medycznego informacji i zaleceń co do stanu zdrowia w/w
dziecka.

Upoważniam do udzielania odpowiedzi na pytania personelu medycznego dotyczące jej/go stanu
zdrowia zaświadczać, iż wskazana przeze mnie w/w osoba posiada pełną i wyczerpującą wiedzę na temat
stanu zdrowia mojego podopiecznego.

miejsowość, data

podpis osoby składającej oświadczenie