Gostchorz, dnia …………………………...

**OŚWIADCZENIE**

 Ja, niżej podpisana/y …..………………………………………………………………………………….., ur. ………………………………………
 (imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego nieletniego) (data urodzenia)

w ………………………………………………………………., legitymująca/y się dowodem osobistym …………………………………………, (miejsce urodzenia) (seria i numer dowodu)

zam. ……………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………,
 (dokładny adres zamieszkania)

oświadczam, iż jestem rodzicem/opiekunem prawnym\* nieletniego ………………………………………………………………
 (imię i nazwisko nieletniego)

i wyrażam zgodę na **badania specjalistyczne** oraz w **warunkach szpitalnych** mojego dziecka/podopiecznego\*,

wykonywane na prośbę Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego w Gostchorzy.

\* niepotrzebne skreślić

 ………………………………………………….

 (podpis rodzica/opiekuna prawnego)