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)