

# UPOWAŻNIENIE



**dotyczy zgody na przeprowadzenie badania lekarskiego z opiekunem,  
bez rodzica, opiekuna ustawowego lub opiekuna faktycznego**

Nazwisko i imię dziecka: .....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania : .....

**Upoważniam niżej wymienioną osobę do sprawowania opieki nad moim dzieckiem, w czasie badania lekarskiego w Mościckim Centrum Medycznym sp. z o.o. w Tarnowie. Jednocześnie upoważniam niżej wymienioną osobę do uzyskiwania informacji o stanie zdrowia mojego dziecka.**

## Osoba upoważniona:

Nazwisko i imię: .....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania : .....

## Dane opiekuna ustawowego/rodzica/opiekuna faktycznego\*:

Nazwisko i imię: .....

PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania : .....

Telefon: .....

**Zgoda jest ważna bezterminowo/ na okres od ..... do.....\*.**

.....  
data

.....  
podpis opiekuna ustawowego/rodzica/opiekuna faktycznego