

Upoważnienie do działania w nagłych wypadkach

Lekarz rodzinny lub pediatra

Nazwisko

.....

Telefon

.....

Adres przychodni

.....

W nagłym wypadku dziecko będzie przywiezione przez pogotowie ratunkowe do szpitala, a jeżeli stan zdrowia na to pozwoli poczeka na osobę upoważniona do odebrania go z Centrum.

Jeżeli życzycie sobie Państwo, by dziecko zostało odwiezione do wskazanego przez Was szpitala prosimy podać jego nazwę i adres:

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

Postępowanie:

Wyrażam zgodę na to, by ekipa wychowawcza podjęła działania w wypadku zagrożenia stanu zdrowia mojego dziecka: wezwanie lekarza, pogotowia ratunkowego, odwiezienie dziecka do szpitala.

TAK NIE (niepotrzebne skreślić)

Podpis Rodzica / Opiekuna