

.....  
Imię i nazwisko rodzica/-ów  
(prawnych opiekunów)

.....  
Miejscowość, data

### **ZGODA NA LECZENIE ORAZ PODAWANIE LEKÓW**

Wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku .....  
leków: przeciwbólowych, przeciwzapalnych, przeciwgorączkowych i rozkurczowych w  
doraźnych przypadkach podczas pobytu w Państwowej Bursie Szkół Artystycznych we  
Wrocławiu.

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne  
i operacyjne oraz wyrażamy zgodę na udzielanie kadrze pedagogicznej bursy wszelkich  
informacji o stanie zdrowia dziecka. Stwierdzamy, że podaliśmy wszystkie znane nam  
informacje o stanie zdrowia dziecka, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki  
w czasie pobytu w bursie.

.....  
Czytelny podpis rodzica/-ów  
(prawnych opiekunów)