

## UPOWAŻNIENIE DO DZIAŁANIA W NAGŁYCH WYPADKACH

1. Dane lekarza rodzinnego lub pediatry Imię i nazwisko: .....  
..... Telefon kontaktowy: .....

Adres przychodni: .....  
.....

2. Czy zgadzają się Państwo, aby w razie nagłego wypadku, kiedy stan zdrowia Państwa dziecka nie pozwoli na czekanie na osobę upoważnioną do jego odbioru, na wezwanie lekarza rodzinnego lub pogotowia ratunkowego oraz w razie konieczności na odwiezienie przez pogotowie Państwa dziecka do szpitala? TAK / NIE

Czy życzą sobie Państwo na odwiezienie dziecka do konkretnego szpitala? TAK / NIE Jeżeli tak to poniżej proszę wpisać jego nazwę i adres: .....  
.....

.....  
Data Podpis Rodzica / Opiekuna prawnego