

.....  
Nazwisko i imiona rodziców Ojciec - Matka imię i nazwisko rodowe

.....  
Dokładny adres stałego zamieszkania

.....  
Numer telefonu – domowy Ojciec Matka

### Oświadczenie I

OŚWIADCZAM, że w nagłych wypadkach/zachorowaniach wyrażam zgodę na leczenie szpitalne oraz wykonanie niezbędnych zabiegów chirurgicznych córki/syna

..... ur. dnia .....r. w .....  
Nazwisko i imię dziecka data urodzenia miejsce urodzenia

**PESEL uczennicy/ucznia** .....

mieszkającego w internacie przy Zespole Szkół Licealnych i Technicznych im. JP II w Wojniczu.

**PESEL rodzica** posiadającego tytuł ubezpieczeniowy .....

Nazwisko i imię rodzica posiadającego tytuł ubezpieczeniowy .....

Córka/syn przyjmuje/nie przyjmuje\* na stałe leków.

Przyjmuje następujące leki: .....

\* *niepotrzebne skreślić*

Wojnicz; dnia .....  
.....  
*Czytelny podpis rodzica*

### Oświadczenie II

Wyrażam zgodę na samodzielne wyjścia i wyjazdy z internatu córki/syna

.....  
Nazwisko i imię dziecka

i biorę za to całkowitą odpowiedzialność.

.....; dnia .....  
.....  
*Czytelny podpis rodzica*