

.....
Miejscowość, data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres
.....

U P O W A Ź N I E N I E

Upoważniam do uzyskania informacji o stanie zdrowia i udzielonych świadczeniach zdrowotnych i/lub do otrzymywania dokumentacji medycznej*

.....
(imię i nazwisko dziecka)

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....
.....

Numer telefonu.....

Nie upoważniam nikogo do uzyskania dokumentacji medycznej dziecka*

.....
Podpis rodzica
lub opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić