

Wołomin, dn.....

## ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Wyrażam zgodę na udzielenie świadczenia zdrowotnego i uczestnictwo w programie terapeutycznym mojego dziecka (imię i nazwisko dziecka, adres zameldowania, PESEL dziecka).....

.....

.....

w Ośrodku Profilaktyki i Terapii Uzależnień SPZOZ w Wołominie.

.....

(Podpis matki dziecka/opiekuna prawnego)

.....

(Podpis ojca dziecka/opiekuna prawnego)