



.....  
miejsowość i data

.....  
imię i nazwisko pacjenta

.....  
pesel pacjenta

.....  
telefon kontaktowy

### OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że zostałem/-łam poinformowany/-a, że za bezpieczeństwo oraz działania i zaniechania małoletnich biorących udział w świadczeniach prowadzonych w Poradni dla Dzieci i Młodzieży w WOTUiW przy ul. Głogowskiej 25B w Opolu odpowiadają rodzice/opiekunowie prawni.

W sytuacji, gdy małoletni zgłasza się na spotkanie bez rodziców/opiekunów prawnych, odpowiedzialność za bezpieczeństwo oraz działania i zaniechania małoletniego w drodze na spotkanie, w trakcie oczekiwania w poczekalni oraz po odbytym spotkaniu ponoszą rodzice/opiekunowie prawni.

.....  
Podpis rodzica/opiekuna prawnego