



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji w projekcie „Świetlica Przysań”

OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Oświadczam, że moje dziecko/podopieczny:

.....
(imię i nazwisko dziecka/podopiecznego)

nr PESEL.....
nie posiada przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w zajęciach organizowanych w
Świetlicy Przysań.

Jednocześnie oświadczam, że syn/córka:
choruje na przewlekłe choroby:

.....
.....
.....

zażywa na stałe leki:

.....
.....

jest uczulone na:

.....
.....

inne uwagi o stanie zdrowia dziecka:

.....
.....

Jednocześnie wyrażam zgodę na udzielenie pomocy ambulatoryjnej mojemu
dziecku, jeśli taka potrzeba zaistnieje.

Upředzony o odpowiedzialności karnej art. 272 kodeksu karnego za wyłudzenie
poświadczenia nieprawdy lub podstępne wprowadzenie w błąd, potwierdzam
prawdziwość powyższych danych własnoręcznym podpisem.

.....
Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego



Realizator projektu:

Stowarzyszenie Rodziców i Przyjaciół Osób Niepełnosprawnych PRZYSTAŃ
ul. Żeromskiego 1, 97-400 Bełchatów tel. 516045260, e-mail: biuro@przystan.belchatow.pl