



Fundusze Europejskie
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



województwo
łódzkie

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

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 Przystań.

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@przystań.belchatow.pl