

**III INFORMACJA OPIEKUNÓW O STANIE ZDROWIA DZIECKA (na co jest uczulone, jak znosi jazdę samochodem, czy przyjmuje stałe leki, jeśli tak to w jakich dawkach, czy dziecko posiada orzeczenie o stopniu niepełnosprawności, czy nosi okulary)**

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

**IV CZAS PRZEBYWANIA DZIECKA W NOK W RAMACH ZIMOWYCH WARSZTATÓW ARTYSTYCZNYCH**

w dniach .....

w godzinach .....

**OŚWIADCZAM, IŻ PODAŁAM (EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJE O DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIEWEJ OPIEKI W CZASIE TRWANIA ZIMOWYCH WARSZTATÓW ARTYSTYCZNYCH.**

**WYRAŻAM ZGODĘ NA RATOWANIE ZDROWIA I ŻYCIA DZIECKA**

*Podpis opiekuna*

**WYRAŻAM ZGODĘ NA UCZESTNICTWO DZIECKA W WYJŚCIACH I WYCIECZKACH ORGANIZOWANYCH W RAMACH ZIMOWYCH WARSZTATÓW ARTYSTYCZNYCH.**

*Podpis opiekuna*