**ZGODA RODZICÓW (PRAWNYCH OPIEKUNÓW)**

**NA WYKONANIE zabiegów fizjoterapeutycznych**

 Ja niżej podpisany(na) wyrażam/nie wyrażam\* zgodę na wykonywanie zabiegów fizjoterapeutycznych u mojego dziecka

……………………………………………………………………………………

 imię i nazwisko dziecka

……………………

 data urodzenia

 Oświadczam, że moje dziecko nie ma przeciwwskazań do wykonania zabiegów fizjoterapeutycznych. Zgoda obowiązuje w okresie nauki w szkole. Rodzice/prawni opiekunowie mogą w każdym momencie złożyć pisemne oświadczenie o rezygnacji z wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych.

Dąbrowa Górnicza, ……………… …………….…………………… ……………….

 data podpis rodzica/opiekuna prawnego telefon kontaktowy

\*niewłaściwe skreślić

**ZGODA RODZICÓW (PRAWNYCH OPIEKUNÓW)**

**NA WYKONANIE zabiegów fizjoterapeutycznych**

 Ja niżej podpisany(na) wyrażam/nie wyrażam\* zgodę na wykonywanie zabiegów fizjoterapeutycznych u mojego dziecka

……………………………………………………………………………………

 imię i nazwisko dziecka

……………………

 data urodzenia

 Oświadczam, że moje dziecko nie ma przeciwwskazań do wykonania zabiegów fizjoterapeutycznych. Zgoda obowiązuje w okresie nauki w szkole. Rodzice/prawni opiekunowie mogą w każdym momencie złożyć pisemne oświadczenie o rezygnacji z wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych.

Dąbrowa Górnicza, ……………… …………….…………………… ……………….

 data podpis rodzica/opiekuna prawnego telefon kontaktowy

\*niewłaściwe skreślić