

Matchpoint Żyrardów

Ul. Piastowska 2

96-300 Żyrardów

dn.

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany/podpisana upoważniam do przeprowadzenia wszelkich niezbędnych badań profilaktycznych i udzielenia pomocy lekarskiej i medycznej w razie potrzeby mojemu dzieckuprzez służby medyczne podczas pobytu na Obozie Sportowo-Tenisowym w Starej Morawie.

w terminie 25.06.2017-07.07.2017.

Podpis rodzica :

UPOWAŻNIENIE

Ja. niżej podpisany/podpisana upoważniam do przewozu mojego dziecka do placówki medycznej przez lub wraz z opiekunem/trenerem prywatnym samochodem lub innym środkiem transportu , w celu udzielenia jak najszybszej pomocy medycznej podczas pobytu na Obozie Sportowo-Tenisowym w Starej Morawie.

w terminie 25.06.2017-07.07.2017.

Podpis rodzica :