

## UPOWAŻNENIE

Ja, \_\_\_\_\_, działając jako opiekun prawny mojej  
(imię i nazwisko rodzica)

podopiecznej / podopiecznego

\_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko dziecka)

**Upoważniam** Panią/Pana \_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_

do opieki nad moją /moim podopieczną/ym podczas wizyty w dniu \_\_\_\_\_ w poradni  
medycyny sportowej SP ZOZ Centralnego Ośrodka Medycyny Sportowej.

**Jednocześnie upoważniam** w/w osobę do obecności podczas badań lekarskich mojej/go  
podopiecznej/go oraz odebrania od personelu medycznego informacji i zaleceń co do stanu zdrowia w/w  
dziecka.

**Upoważniam** do udzielania odpowiedzi na pytania personelu medycznego dotyczące jej/go stanu  
zdrowia zaświadczać, iż wskazana przeze mnie w/w osoba posiada pełną i wyczerpującą wiedzę na temat  
stanu zdrowia mojego podopiecznego.

\_\_\_\_\_  
*miejsowość, data*

\_\_\_\_\_  
*podpis osoby składającej oświadczenie*