

ZGODA RODZICA NA BADANIE LEKARSKIE OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

PESEL:

Adres zamieszkania:

Seria i numer dokumentu tożsamości:

działając jako przedstawiciel ustawowy mojego dziecka:

Imię i nazwisko:

PESEL:

wyrażam świadomą zgodę na samodzielną (bez mojej obecności) wizytę w placówce przy ul.
Porajów 3A w Warszawie i przeprowadzenie badania przez uprawnionego lekarza, w celu
uzyskania orzeczenia o braku przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami
w dniu / w okresie :

.....

(miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)