

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(imię, nazwisko rodzica/opiekuna)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(nr dowodu osobistego)

.....  
(telefon kontaktowy)

## UPOWAŻNIENIE

Ja ..... rodzic/opiekun prawny wychowanki  
Młodzieżowego Ośrodka Wychowawczego „Dom na Szlaku” im. gen. Tadeusza Kutrzeby  
w Załuskowie .....

przez cały okres pobytu córki/podopiecznej w Placówce upoważniam Dyрекcję, pielęgniarkę,  
nauczycieli oraz wychowawców zatrudnionych w Placówce do:

- zgłoszenia do lekarza pierwszego kontaktu najbliższej placówki,
- wykonywania testów na obecność substancji psychoaktywnych w organizmie,
- podejmowania decyzji w razie konieczności wykonywania zabiegów leczniczych i badań diagnostycznych,
- leczenia stomatologicznego, w tym usuwania zęba,
- leczenia ginekologicznego,
- zabiegów operacyjnych w sytuacjach zagrożenia zdrowia bądź życia,
- szczepień,
- konsultacji w Poradni Zdrowia Psychicznego i podawania leków psychotropowych, jeżeli lekarz zleci.

.....  
(czytelny popis rodzica/opiekuna prawnego)

.....  
(podpis osoby potwierdzającej własnoręcznie podpisu)