

Warszawa, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

ZGODA

Wyrażam zgodę żeby moje dziecko / mój podopieczny
(imię i nazwisko dziecka)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

podczas przebywania w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii nr 8 zostało objęte opieką lekarza psychiatry wskazanego przez Dyrektora MOS nr 8.

.....
(podpis)

Załącznik nr 10

Strona 1/1

Warszawa, dnia

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania)

ZGODA

Wyrażam zgodę żeby moje dziecko / mój podopieczny
(imię i nazwisko dziecka)

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

podczas przebywania w Młodzieżowym Ośrodku Socjoterapii nr 8 zostało objęte opieką lekarską psychiatry wskazanego przez Dyrektora MOS nr 8.

.....
(podpis)

Załącznik nr 10

Strona 1/1