## ZAŁĄCZNIK NR 4b. ZGODA NA POBRANIE KRWI DZIECKA

Niniejszym wyrażamy zgodę na pobranie krwi oraz wykonanie badań sportowo – lekarskich dziecka w .……..…………………………………………… *(nazwa i adres placówki medycznej)*.

W czasie wykonywania badań upoważniamy trenera:……………………………………………………………….…………………………………, legitymującego się dowodem osobistym nr:………………………………………… do pełnienia opieki nad dzieckiem.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego (I)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego (II)\*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

czytelny podpis dziecka, które ukończyło 16 lat