



**WSCEiT**

Wielkopolskie Samorządowe Centrum  
Edukacji i Terapii w Starej Łubiance

.....  
miejsowość, data

## UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisany (imię i nazwisko opiekuna prawnego) .....

PESEL: ..... Nr telefonu: .....

działając jako przedstawiciel ustawowy / opiekun prawny małoletniego

Imię i nazwisko małoletniego ..... PESEL: .....

Upoważniam: Imię i Nazwisko upoważnionego .....

PESEL: .....

do uzyskiwania dostępu do dokumentacji medycznej, uzyskiwania informacji o stanie zdrowia oraz udzielonych świadczeń. Upoważnienie obejmuje prawo do wglądu, uzyskania kopii, wyciągów, odpisów i wydruków dotyczącej małoletniego dokumentacji.

.....

Podpis rodzica/przedstawiciela ustawowego