……………………………………………………

(Miejscowość, data)

ZGODA

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na podanie mojemu dziecku ………………………………………………..dawki Jodku Potasu TFZ stosownej do wieku dziecka.

Ewentualne podanie ww. dawki leku nastąpi po ogłoszeniu przez media oraz po konsultacji z Urzędem Gminy w Ustce zagrożenia radiacyjnego.

……………………………………………………………

( podpis rodziców/ prawnych opiekunów)

\*Niepotrzebne skreślić

……………………………………………………

(Miejscowość, data)

ZGODA

Wyrażam zgodę/ nie wyrażam zgody\* na podanie mojemu dziecku ………………………………………………..dawki Jodku Potasu TFZ stosownej do wieku dziecka.

Ewentualne podanie ww. dawki leku nastąpi po ogłoszeniu przez media oraz po konsultacji z Urzędem Gminy w Ustce zagrożenia radiacyjnego.

……………………………………………………………

( podpis rodziców/ prawnych opiekunów)

\*Niepotrzebne skreślić