



gabinet terapii dziecięcej

WZRÓR OŚWIADCZENIA DLA RODZICOW I PRAWYCH OPIEKUNÓW:

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zgadzam się na uczestnictwo mojego dziecka w działaniach realizowanych na terenie Gabinetu Terapii Dziecięcej Paja (terapia, diagnoza, konsultacja, obserwacja) i jestem świadomy/a ryzyka narażenia siebie i dziecka na styczność z wirusem SARS-CoV-2 w Gabinetcie Terapii Dziecięcej Paja lub w drodze do niej (np. komunikacja miejska, ciągi komunikacyjne).

Oświadczam, że moje dziecko nie przejawia żadnych oznak chorobowych ani alergii.

Oświadczam, że żadna osoba z naszego najbliższego otoczenia, rodziny, domowników nie przebywa na kwarantannie i nie przejawia widocznych oznak choroby.

Nr tel. rodzic/opiekun prawny.....

Oświadczam, że zapoznałem/am się z **Procedurami przyjmowania Klientów w Gabinetcie Terapii Dziecięcej Paja w związku z COVID-19.**

.....