……
Imię i nazwisko rodzica

……
Adres rodzica

U P O W A Ż N I E N I E

Ja niżej podpisany/podpisana, upoważniam :

syna/córkę ……

Pana/Panią ……

zamieszkałego/zamieszkałą …….

do odbioru karty zdrowia syna/córki ……

…….
(Data i podpis rodzica)