

Miejscowość i data

.....
(imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego)

.....
(adres rodzica lub opiekuna prawnego)

.....
(nr telefonu rodzica lub opiekuna prawnego)

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lekarskich, niezbędnych do uzyskania orzeczenia o braku lub istnieniu przeciwwskazań zdrowotnych do kierowania pojazdami, bez mojej obecności, mojego/ syna/ córki/ podopiecznego*

(imię i nazwisko) PESEL

*niepotrzebne skreślić

.....
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)