

**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA NA UCZESTNICTWO DZIECKA W ZAJĘCIACH
TERAPEUTYCZNYCH Z ALPAKAMI
w CLDiM w Zaborze**

Oświadczam, że wyrażam / nie wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka w w/w
zajęciach *

.....
Imię, nazwisko pacjenta

INFORMACJA DLA RODZICA/OPIEKUNA

Przeciwwskazania do uczestnictwa w zajęciach:

- uczulenie lub alergia na sierść, ślinę zwierząt
- choroby skóry
- otwarte rany
- choroby pasożytnicze
- agresja skierowana przeciwko zwierzętom
- lek przed zwierzętami

Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałam/em się z przeciwwskazaniami do uczestnictwa w
zajęciach i moje dziecko żadnych z tych przeciwwskazań nie posiada.

*niepotrzebne skreślić

Data, podpis rodzica/opiekuna