

## Zgoda rodzica / opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na badanie

.....(imię/imiona)

.....(nazwisko)

którego jestem rodzicem/prawnym opiekunem\* bez mojej obecności. Badanie obejmuje zakres przewidziany w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 sierpnia 2019 r. w sprawie badań lekarskich osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami i kierowców.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)

\*Niepotrzebne skreślić.