



Załącznik Nr 1
do Zarządzenia Nr 72.2026
Dyrektora MOPS
z dnia 24.09.2026 r.

Oświadczenie

Instrukcja wypełniania

Wypełnij formularz.

1. W przypadku pisma odręcznego – wypełnij WIELKIMI LITERAMI wyraźnym pismem
 2. Wypełnij puste pola oznaczone linią
 3. W tabeli wpisz dane w kolumnie po prawej stronie
 4. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
-

Miejscowość, data:	
Imię i nazwisko opiekuna prawnego:	

Ja niżej podpisany/podpisana, będąc opiekunem prawnym (wpisz imię i nazwisko osoby
pozostającej pod opieką) _____

oświadczam, iż ww. osoba w trakcie pobytu w Centrum Pomocy Dziecku Niepełnosprawnemu
i Jego Rodzinie w Częstochowie w okresie od dnia _____ do dnia _____
powinna przyjmować lekarstwa w dawkach:

Nazwa lekarstwa:	Dawka:	Godzina:

Jednocześnie zobowiązuję się dostarczyć aktualne, pisemne zlecenie lekarza prowadzącego
osobę pozostającą pod moją opieką zawierające nazwę leku, dawkę i godzinę podania leku
oraz każdorazowo przy zmianie leku lub dawki kolejne zlecenie lekarskie.

W przypadku wystąpienia ataku padaczki wymagającego podania wlewki lub w przypadku
konieczności udzielenia pomocy medycznej wyrażam zgodę na wezwanie zespołu ratownictwa



medycznego.

W przypadkach nagłych (np. wystąpienie silnego bólu) proszę podać (wpisz nazwę leku, dawkę):

Jednocześnie zobowiązuję się dostarczyć lek do podania w sytuacjach nagłych.

Osoba pozostająca pod moją opieką jest uczulona na następujące leki i alergenry:

Wskazania dietetyczne:

Czytelny podpis opiekuna prawnego:

**Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Częstochowie
(-) Małgorzata Mruszczyk**