

Aktywna Szkoła Rodzenia Bąbelek  
przy Szpitalu Powiatowym w Chrzanowie  
32-500 Chrzanów, ul. Topolowa 16

## ZAŚWIADCZENIE

Pani \_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko \_\_\_\_\_ Pesel \_\_\_\_\_

Może/ nie może uczestniczyć w zajęciach Aktywnej Szkoły Rodzenia Bąbelek. Wyrażam/ nie wyrażam zgody na uczestniczenie w zajęciach z fizjoterapeutą.

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Podpis i pieczętka lekarza

\* Niepotrzebne skreślić.