



## **ESCAPE**

Ośrodek Leczenia Uzależnień Od Nowoczesnych Technologii  
ul. Międzynarodowa 68  
03-332 Warszawa

### **Zgoda opiekunów prawnych na leczenie dziecka**

Jako jedyni opiekunowie prawni wyrażamy zgodę na leczenie

Imię i Nazwisko .....

Wiek .....

w Ośrodku Leczenia Uzależnień ESCAPE.

Data i podpis:

.....

1 opiekun

.....

2 opiekun