

Program dla osób chorych reumatycznie sponsorowany przez Szkołę SaySpeak

data __ __ - __ __ - __ __ __ __

pieczętka nagłówkowa przychodni/oddziału

.....
(imię i nazwisko uczestnika Programu)

urodzona/y __ __ - __ __ - __ __ __ __

Choruje 5 lat lub więcej, jedną z wymienionych chorób:

- młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów
- toczeń rumieniowaty układowy
- twardzina, zapalenie skórno-mięśniowe
- zapalenie wielomięśniowe
- łuszczycowe zapalenie stawów
- zeszywniające zapalenie stawów kręgosłupa

.....
(podpis i pieczętka lekarza)

Prosimy wypełnić tylko w sytuacji, kiedy uczestnik Programu jest niepełnoletni.

Wyrażam zgodę, aby
(imię i nazwisko dziecka)

urodzona/y __ __ - __ __ - __ __ __ __ wzięta/wziął udział w Programie dla osób chorych reumatycznie sponsorowanym przez Szkołę SaySpeak.

.....
(imiona i nazwiska rodziców lub opiekuna prawnego)

.....
(podpisy rodziców lub opiekuna prawnego)