
data, miejscowość

Oświadczenie

Podczas pobytu dziecka _____ (*imię i nazwisko*) w szpitalu w dniach _____ (*data od – do*) konieczne było sprawowanie nad ww. dzieckiem opieki 24 godziny na dobę.

*Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego,
który sprawował opiekę nad dzieckiem*