

**ZGODA NA UCZESTNICTWO W ZAJĘCIACH SZKOŁY RODZENIA  
UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM ZDROWIA KOBIEC**

Ja niżej podpisana wyrażam świadomą zgodę na udział w zajęciach Szkoły Rodzenia Uniwersyteckiego Centrum Zdrowia Kobiet. Potwierdzam, iż mój wiek ciążowy wynosi powyżej 21. tygodnia ciąży, a lekarz zaświadczył o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w zajęciach, wydane nie wcześniej niż 1 tydzień przed rozpoczęciem zajęć.

.....  
*data i czytelny podpis*

<b>Lp.</b>	<b>Data spotkania</b>	<b>Czytelny podpis</b>
1		
2		
3		
4		