Załącznik nr. 2

**UPOWAŻNIENIE/ZGODA RODZICÓW DZIECKA Z CHOROBĄ**

**PRZEWLEKŁĄ DO MIERZENIA POZIOMU CUKRU.**

Ja, niżej podpisany ................................................................................................

(imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

upoważniam Panią/Pana ................................................................................

do pomiaru mojemu dziecku ............................................................................

(imię, nazwisko dziecka)

w czasie mojej nieobecności ,poziomu cukru we krwi przy pomocy osobistego glukometru dziecka lub innego urządzenia w przypadku awarii wymienionego powyżej.

….............................................................

(data, imię, nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)