

.....
/imię i nazwisko rodzica /opiekuna/

.....
/adres/

.....
/telefon/

ZGODA RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO) NA REPREZENTOWANIE, LECZENIE, BADANIA AMBULATORYJNE ORAZ PODAWANIE LEKÓW (dotyczy osób poniżej 18 roku życia)

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia fizycznego lub zagrożenia życia
mojego syna/córki (podopiecznego/-ej)

.....,
ur., zam.

przebywającego(ej) \na akcjach szkoleniowych prowadzonych przez PZTW

wyrażam zgodę

- na reprezentowanie, wobec służby zdrowia właściwej dla miejsca pobytu, przez trenera głównego kadry juniorów Artura Jankowiaka oraz lekarza reprezentacji
- na badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych,
- w przypadku braku lekarza reprezentacji na podawanie przez kadrę obozu leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu, podczas pobytu dziecka na obozie.

.....
data podpis rodzica (opiekuna prawnego)