

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

.....
/adres/

.....
/telefon/

ZGODA RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO) NA LECZENIE, BADANIA AMBULATORYJNE ORAZ PODAWANIE LEKÓW

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

ur., zam.

przebywającego(ej) \na szkoleniu żeglarskim

wyrażam zgodę *

- na badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych,
- na podawanie przez kadrę szkolenia leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu, podczas pobytu dziecka na szkoleniu żeglarskim.

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

.....
podpis osoby przyjmującej oświadczenie

*niepotrzebne