

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

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

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

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
nr PESEL

przebywającego(ej) na obozie we Władysławowie w dniach 13-18.04.2025 wyrażam
zgode na badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych,
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. Każda wyżej wymieniona czynność w miarę możliwości będzie ustalana
telefonicznie
z rodzicami/opiekunami.

Jednocześnie oświadczam, że :

- Dziecko jest zdrowe w dniu wyjazdu, nie występują u niego objawy chorobowe
- Zobowiązuje się do niezwłocznego – do 12 godzin – odbioru dziecka z wypoczynku
w przypadku wystąpienia u niego niepokojących objawów choroby (podwyższona
temperatura, kaszel, katar, duszności)

.....
Data

.....
podpis rodzica (opiekuna prawnego)