

.....
/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 Szklarska Poręba 2026 wyrażam zgodę na badania,
leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych. Wyrażam zgodę na
podawanie przez kadrę obozu leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu lub lekarza
specjalistę oraz usuwanie kleszczy. Wyrażam zgodę na podawanie środków farmakologicznych
doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu (po konsultacji telefonicznej z rodzicem).

Jednocześnie oświadczam, że :

- Dziecko jest zdrowe w dniu wyjazdu, nie występują u niego objawy chorobowe
- Zobowiązuje się do niezwłocznego – do 24 godzin – odbioru dziecka z wypoczynku
w przypadku wystąpienia u niego niepokojących objawów choroby (podwyższona
temperatura, kaszel, katar, duszności)

.....
Data

.....
podpis rodzica (opiekuna prawnego)