

**ZGODA RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO) NA LECZENIE, BADANIA AMBULATORYJNE ORAZ
PODAWANIE LEKÓW PODCZAS OBOZU SPORTOWEGO JUDO W PUCKU 12-22.07.2026**

Niniejszym oświadczamy, że w razie zagrożenia zdrowia fizycznego lub zagrożenia życia mojego
syna/córki (podopiecznego/-ej)
posiadającego/posiadającej numer PESEL.....
zamieszkałego.....

wyrażamy zgodę na:

1) badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacyjne w poradniach
oraz placówkach leczniczych, a także wyrażamy zgodę na udzielanie kadrze obozu wszelkich
informacji o stanie zdrowia dziecka;

2) podawanie przez kadrę obozu leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza
specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki czy bólu,
podczas pobytu dziecka na obozie, mierzenie temperatury.

Ponadto, oświadczamy, że podaliśmy wszystkie znane nam informacje o stanie zdrowia dziecka,
które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu na obozie.

Przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam, a nie podanych chorób dziecka.

podpisy rodziców (opiekunów prawnych Uczestnika)