

Kolniczki, dnia

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....
adres zamieszkania

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia i życia dziecka wyrażam zgodę na jego leczenie, podawanie leków przepisanych przez lekarza, zabiegi diagnostyczne, leczenie szpitalne, operację. Wszystkie leki, zalecone przez lekarza, które dziecko stale przyjmuje, przekażę wychowawcy lub kierownikowi kolonii z opisem podawania.

Upoważniam kadrę kolonii do ich podawania zgodnie z zaleceniami.

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna

Kolniczki, dnia

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....
adres zamieszkania

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam kierownika obozu p. Artura Pachalę do odbioru dokumentacji medycznej mojego dziecka w przypadku leczenia i zabiegów wykonywanych podczas obozu żeglarskiego w Ośrodku Camp Perkoz w Waszecie i przez cały okres turnusu kolonii zorganizowanych przez Międzyszkolny Uczniowski Klub Sportowy „Ziółka” Nowe Miasto nad Wartą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez ośrodek służby zdrowia na podstawie przepisów art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (j.t. z 2002 r. Dz.U. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.)/

Zobowiązuję kierownika kolonii i pracowników służby zdrowia do zachowania tajemnicy zgodnie ustawą o ochronie danych osobowych.

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna