

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia i życia dziecka wyrażam zgodę na jego leczenie, podawanie leków przepisanych przez lekarza, zabiegi diagnostyczne, leczenie szpitalne, interwencję pogotowia ratunkowego. Wszystkie leki, zalecone przez lekarza, które dziecko stale przyjmuje, przekażę wychowawcy lub kierownikowi kolonii z opisem podawania. Upoważniam kadrę kolonii (w tym pielęgniarkę) do ich podawania zgodnie z zaleceniami.

.....
Czytelny podpis rodzica/Opiekuna

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam kierownika obozu / wychowawcę
do odbioru dokumentacji medycznej mojego dziecka w przypadku leczenia i zabiegów wykonywanych podczas obozu w terminie 28.06 – 8.07.2025 organizowanego przez UKS Kartate Kyokushin SEKAI.

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

ZGODA

Wyrażam zgodę n transport mojego dziecka prywatnym lub służbowym pojazdem zapewnionym przez UKS Kartate Kyokushin SEKAI w przypadku konieczności dojazdu do ośrodka, lekarz lub szpitala.

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna