

ZGODA RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO)
NA LECZENIE, BADANIA AMBULATORYJNE ORAZ PODAWANIE LEKÓW
W CZASIE WYPOCZYNKU LETNIEGO/ZIMOWEGO

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego: _____

Adres zamieszkania: _____

Numer telefonu kontaktowego: _____

Adres e-mail: _____

oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie mojemu dziecku niezbędnej opieki medycznej.

Imię i nazwisko dziecka: _____

Data urodzenia dziecka: _____

PESEL dziecka: _____

Adres zamieszkania dziecka: _____

UDZIELAM ZGODY NA:

- 1. Leczenie ambulatoryjne** mojego dziecka w przypadku nagłej choroby lub urazu podczas pobytu na wypoczynku.
- 2. Przeprowadzanie badań ambulatoryjnych**, w tym badań diagnostycznych, zaleconych przez lekarza.
- 3. Hospitalizację i wykonanie zabiegów medycznych**, które są niezbędne dla ratowania jego życia lub zdrowia.
- 4. Podawanie leków** przepisanych przez lekarza lub wynikających z zaleceń, które zostały uprzednio przekazane przez mnie przed wyjazdem (dotyczy to także leków stałych, które moje dziecko przyjmuje regularnie).

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka w zakresie niezbędnym do organizacji opieki zdrowotnej i udzielania pomocy medycznej w trakcie wypoczynku.

Miejscowość i data: _____

Podpis rodzica/opiekuna prawnego: _____

Dodatkowe informacje dla rodzica:

1. W przypadku poważnych problemów zdrowotnych zgodnie z zaleceniami lekarza /opiekuna medycznego /kierownika wypoczynku, Rodzic/Opiekun dziecka zobowiązuje się do natychmiastowego odbioru dziecka z miejsca wypoczynku.
2. Rodzic/Opiekun dziecka zobowiązuje się do poinformowania organizatora wypoczynku /kierownika wypoczynku o wszystkich schorzeniach, chorobach, alergiach, nietolerancjach pokarmowych i innych problemach zdrowotnych, które mogą mieć wpływ na zdrowie dziecka podczas wyjazdu.