

**Oświadczenie rodzica/prawnego opiekuna
związane z udzielaniem
małoletniemu uczestnikowi obozu świadczeń medycznych**

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją, zabiegami diagnostycznymi, operacjami w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka (nazwisko i imię dziecka, nr PESEL) przez kierownika lub opiekunów faktycznych w czasie trwania obozu tj. w okresie odr. dor.

Jednocześnie wyrażam zgodę na:

- podawania dziecku leków objawowych (OTC – bez recepty) lub leków przepisanych przez lekarza,
- na transport uczestnika obozu prywatnym lub służbowym pojazdem zapewnionym przez organizatora w przypadku konieczności dojazdu do ośrodka, lekarza lub szpitala.

.....
(data, numer telefonu, czytelny podpis opiekuna - imię i nazwisko)