

ZGODA NA UDZIELENIE PIERWSZEJ POMOCY I LECZENIE PODCZAS OBOZU Pogorzelica 12-19 lipca 2025r.

Ja, niżej podpisany(a),

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

Seria i numer dowodu osobistego:

Telefon kontaktowy:

jako rodzic/opiekun prawny dziecka:

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia dziecka:

wyrażam zgodę na:

1. udzielenie przez kadrę obozu oraz personel medyczny pierwszej pomocy przedmedycznej mojemu dziecku w przypadku nagłego zachorowania lub wypadku w czasie trwania obozu,
2. udzielenie pomocy medycznej przez lekarza lub pielęgniarkę, w tym na przewiezienie dziecka do najbliższego punktu medycznego (przychodni, szpitala),
3. podjęcie decyzji przez kadrę obozu lub służby medyczne o leczeniu ambulatoryjnym lub szpitalnym w sytuacjach nagłych, gdy kontakt ze mną będzie niemożliwy lub opóźniony,
4. podanie leków przeciwbólowych lub przeciwgorączkowych (np. paracetamol, ibuprofen) w razie potrzeby.

Oświadczam, że wszystkie znane mi informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka, alergii, przyjmowanych leków lub przeciwwskazań zdrowotnych zostały przekazane organizatorowi obozu.

Miejscowość i data:

Podpis rodzica/opiekuna prawnego: