



.....
Imię i Nazwisko Rodziców/Opiekunów

.....
Data

ZGODA NA LECZENIE ORAZ PODAWANIE LEKÓW

Półkolonie na Sportowo z FFK SPORT Sp. z o.o.

Wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku (imię i nazwisko) w czasie trwania Warsztatów Piłkarskich (miejscowość, data) leków: (przeciwbólowych, przeciwzapalnych, przeciwgorączkowych i rozkurczowych) w doraźnych przypadkach podczas mojej nieobecności.

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzamy się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne i operacyjne oraz wyrażamy zgodę na udzielanie kadrze Półkolonii wszelkich informacji o stanie zdrowia dziecka. Stwierdzamy, że podaliśmy wszystkie znane nam informacje o stanie zdrowia dziecka, które mogą pomóc organizatorowi w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu na Półkoloniach. Przyjmujemy na siebie odpowiedzialność za skutki znanych nam, a niepodanych chorób dziecka.

.....
Podpis rodziców/Opiekunów