



Park Tenisowy Olimpia

..... /imię i nazwisko rodzica /opiekuna/

..... /adres/

..... /telefon/

ZGODA RODZICA (OPIEKUNA PRAWNEGO) NA LECZENIE, BADANIA AMBULATORYJNE ORAZ PODAWANIE LEKÓW

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia fizycznego lub zagrożenia życia
mojego *syna/córki** :
przebywającego(ej) na obozie tenisowym organizowanym przez Stowarzyszenie Sportowe
Park Tenisowy Olimpia w terminie

wyrażam zgodę:

- *na badania, leczenie ambulatoryjne i szpitalne w poradniach oraz placówkach leczniczych,*
- *na podawanie przez kadrę obozu leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacjach np. gorączki, bólu, podczas pobytu dziecka na obozie.*

..... /data podpis rodzica (opiekuna prawnego)/

...../podpis osoby przyjmującej oświadczenie/