

OŚWIADCZAM ŻE MOJE DZIECKO WYMAGA SPECALNEJ DIETY (właściwe zakreślić kółkiem)

TAK

NIE

Na co jest uczulone :

UPOWAŻNIENIE DO PODANIA LEKÓW

Wyrażam zgodę na podanie mojemu dziecku leków (przeciwbólowych, przeciwgorączkowych tak jak np.: IBUPROM, NUROFEN, APAP i leków pochodnych) w doraźnych przypadkach po wcześniejszym telefonicznym uzgodnieniu z rodzicem, bądź lekarstw stałych* jeżeli dziecko takie przyjmuje:
(nazwa leku, sposób podania, dawkowanie).

.....
.....
.....

DZIECKO JEST UCZULONE NA LEKI - JEŚLI TAK JAKIE :

.....
.....

(data)

(podpis Rodzica)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w karcie kwalifikacyjnej na potrzeby niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa i ochrony zdrowia uczestnika wycieczki (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000.) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r.w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)

Wyrażam zgodę na wyjazd mojego dziecka , akceptuję warunki uczestnictwa oraz, że nie występują żadne przeciwwskazania zdrowotne do udziału w obozie.

.....

.....

(data)

(podpis Rodziców uczestnika wycieczki)

UPOWAZNIAM DO ODBIORU DZIECKA NASTĘPUJACE OSOBY , IMIE + NAZWISKO, NUMER I SERIA DOKUMENTU , TELEFON, POWINOWADZTWO (KIM JEST DLA DZIECKA)

1)

2)

3)

DATA I WYRAŻNY PODPIS RODZICÓW: