



ZGODA NA HOSPITALIZACJĘ I UDZIELENIE POMOCY MEDYCZNEJ PODCZAS WYPOCZYNKU

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

.....

Telefon kontaktowy w czasie obozu:

.....

wyrażam zgodę na udzielenie niezbędnej pomocy medycznej, w tym w razie potrzeby hospitalizacji, mojemu dziecku:

Imię i nazwisko dziecka:

.....

Data urodzenia dziecka:

.....

uczestniczącemu w obozie piłkarskim Sulisław, organizowanym przez UKS FC Komorów w terminie od 9 do 16 sierpnia 2026 r.

Upoważniam kadrę obozu, w tym kierownika i wychowawców, do reprezentowania mnie w sytuacjach wymagających podjęcia decyzji dotyczących leczenia mojego dziecka, w szczególności w nagłych przypadkach zagrażających jego życiu lub zdrowiu, gdy konieczna jest natychmiastowa interwencja medyczna, a kontakt z rodzicem jest niemożliwy lub utrudniony.

Zgoda obejmuje w szczególności: wyrażenie zgody na hospitalizację, podstawowe zabiegi diagnostyczne, leczenie oraz inne czynności medyczne niezbędne dla ratowania życia i zdrowia dziecka.

Oświadczam, że przekazane dane są zgodne z prawdą i biorę pełną odpowiedzialność za powyższe oświadczenie.

Data:.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego:.....