

ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH NA UDZIAŁ NIEPEŁNOLETNIEGO DZIECKA W SPOTKANIU FORMACYJNYM

My, niżej podpisani, jako rodzice/prawni opiekunowie wyrażamy zgodę
na uczestnictwo:

(imię i nazwisko osoby niepełnoletniej)

w spotkaniu formacyjnym organizowanym przez Diakonię Ruchu Światło-
Życie Archidiecezji Przemyskiej w dniach _____
w _____

Oświadczamy, że bierzemy na siebie odpowiedzialność za dojazd dziecka
na miejsce spotkania formacyjnego oraz jego powrót do domu.
Oświadczam, że stan zdrowia mojego dziecka pozwala na udział
w spotkaniu. W razie potrzeby organizatorzy będą mogli się ze mną
skontaktować dzwoniąc pod numer: _____

Informacje o stanie zdrowia uczestnika spotkania (przyjmowane leki,
alergie, przewlekłe choroby):

Miejscowość, data

podpis rodziców/prawnych opiekunów

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

/imię i nazwisko rodzica /opiekuna/

/adres

/telefon/

Niniejszym oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia fizycznego lub
zagrożenia życia mojego syna/córki (podopiecznego/-ej)

ur. _____, zam. _____

przebywającego(ej) na spotkaniu formacyjnym w _____

wyrażam zgodę:

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

podpis osoby przyjmującej zgodę
rodzica (opiekuna prawnego)

data podpis