Warszawa, dnia …………………………

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA ZGRUPOWANIA SPORTOWEGO**

*WYPEŁNIĆ CZYTELNIE - DRUKOWANYMI LITERAMI*!

DANE DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka………………………………………………………………...............................................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL dziecka

Adres zamieszkania dziecka:

………………………………………………………………………………………….....................................................

**Istotne informacje dot. stanu zdrowia dziecka (np. uczulenia; choroby przewlekle; leki, które przyjmuje na stałe itp.):**

…………………………………………………………………………………………………………………………...................

…………………………………………………………………………………………………………………………...................

…………………………………………………………………………………………………………………………...................

…………………………………………………………………………………………………………………………...................

…………………………………………………………………………………………………………………………...................

*(w razie braku potrzeby wpisania informacji, proszę skreślić całe pole)*

*JEŚLI DZIECKO PRZYJMUJE LEKI NA STAŁE PROSIMY O PRZEKAZANIE TRENEROWI NA ZBIÓRCE- LEKI PODPISANE, PODAĆ DAWKOWANIE*

*-nie wolno dawać leków dziecku.*

DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO\*

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego\*……………………..…………………………...………………………………

Nr telefonu, należy podać nr. telefonu do minimum 2 członków rodziny

(mama, tata, babcia ciocia)

………………………..………………………………………………………………………………………………………………

Jako rodzic/opiekun prawny\* wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego\* zgrupowaniu sportowym organizowanych przez **Uczniowski Klub Sportowy PRASKIE CENTRUM SPORTU**,ul. Naddnieprzańska 2/4 04-205 Warszawa, NIP: 1132643801, zwanym dalej Klubem.Obóz odbędzie się**: Willa Basieńka ul. Brzozowskiego 24 A, 34-500 Zakopane w terminie 17-27. 07. 2019** oraz, że nie ma przeciwwskazań zdrowotnych i psychicznych do udziału mojego dziecka/podopiecznego\* w tej akcji szkoleniowej. W razie sytuacji zagrażającej życiu lub zdrowiu małoletniego uczestnika zgrupowania, upoważniam pełnoletniego opiekuna do: udzielenia pierwszej pomocy medycznej i podania odpowiednich środków leczniczych; reprezentowania mnie w placówkach ochrony zdrowia jako opiekun dziecka/opiekuna prawnego dziecka. Wyrażam, również zgodę na przetwarzanie danych osobowych swoich oraz mojego dziecka/podopiecznego\* przez Klub, oraz umieszczanie jego wizerunku na stronie internetowej Klubu oraz w serwisach społecznościowych.

**Oświadczam, że wszystkie powyższe informacje są prawdziwe.**

czytelny, własnoręczny

podpis rodzica/opiekuna prawnego\*

…………..………………………………………………………

\*niepotrzebne skreślić