

## OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA ZGRUPOWANIA SPORTOWEGO

WYPEŁNIĆ CZYTELNIEM - DRUKOWANYMI LITERAMI

### DANE DZIECKA

Imię i nazwisko dziecka.....

PESEL dziecka

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania dziecka.....

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

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

*(skreślić pole, jeśli nieistotne)*

### DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO\*

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

Nr telefonu.....

Imię i nazwisko drugiego rodzica/opiekuna/osoby do kontaktu .....

Nr telefonu.....

Jako rodzic/opiekun prawny\* wyrażam zgodę na udział mojego dziecka/podopiecznego\* w zgrupowaniu sportowym organizowanych przez stowarzyszenia: **UKS PRASKIE CENTRUM SPORTU**, ul. Naddnieprzańska 2/4 04-205 Warszawa NIP 1132643801, zwany dalej Klubem. **Akcja odbędzie się: 13-27.08.2023, AWF filia Biała Podlaska, ul. Akademicka 2, 21-500 Biała Podlaska**, 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

.....



Praskie  
Centrum  
Sportu

