

ZGODA NA PODAWANIE LEKÓW PODCZAS PÓŁKOLONII / OBOZU ROLKOWEGO

Organizator wypoczynku:

Fundacja „Rolki dla każdego”

ul. Irysowa 27/88

02-660 Warszawa

Nazwa leku	Dawka	Częstotliwość / pora podania	Sposób podania	Uwagi (np. tylko w razie potrzeby)

Dane uczestnika:

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia:

Termin półkolonii / obozu:

Dane rodziców / opiekunów prawnych:

Imię i nazwisko mamy:

Telefon kontaktowy:

Imię i nazwisko taty:

Telefon kontaktowy:

Informacja o konieczności przyjmowania leków:

Proszę o umożliwienie przyjmowania przez moje dziecko poniższych leków w czasie trwania półkolonii / obozu rolkowego:

Zgoda (proszę zaznaczyć właściwe):

☐ Wyrażamy zgodę, aby leki były podawane dziecku przez kadrę półkolonii/obozu zgodnie z powyższymi wskazaniem lekarza lub rodzica.

☐ Oświadczamy, że nasze dziecko będzie samodzielnie przyjmować leki zgodnie z powyższym zestawieniem i bierze za to odpowiedzialność.

Dodatkowe informacje:

.....

.....

Oświadczenie rodziców / opiekunów:

Oświadczamy, że wszystkie podane informacje są prawdziwe. Zobowiązujemy się do przekazania leków w oryginalnych opakowaniach z czytelną nazwą i instrukcją dawkowania.

Podpis mamy: Data:

Podpis taty: Data: