



OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA DZIECKA
uczestnika półkolonii organizowanych przez **Klub Sportowy Police**

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:

Telefon kontaktowy:

oświadczam, że moje dziecko:

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia dziecka:

nie posiada przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w półkoloniach organizowanych przez Klub Sportowy Police, w tym w zajęciach sportowych, rekreacyjnych, terenowych oraz wyjazdach.

Potwierdzam, że:

- dziecko nie wymaga specjalistycznej opieki medycznej ani szczególnego nadzoru zdrowotnego,
- w przypadku występowania alergii, nietolerancji, stałego przyjmowania leków lub innych istotnych informacji zdrowotnych, zostały one wskazane w Karcie Kwalifikacyjnej Uczestnika Wypoczynku,
- zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Organizatora o wszelkich zmianach dotyczących stanu zdrowia dziecka mających wpływ na jego udział w wypoczynku.

Świadomy/a odpowiedzialności za podanie nieprawdziwych danych, składam powyższe oświadczenie zgodnie ze stanem faktycznym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)