

..... Włocławek, dnia

imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....
adres zamieszkania

.....

.....
telefon

.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia i życia dziecka wyrażam zgodę na jego leczenie, podawanie leków przepisanych przez lekarza, zabiegi diagnostyczne, leczenie szpitalne, operację. Wszystkie leki, zalecone przez lekarza, które dziecko stale przyjmuje, przekażę wychowawcy lub kierownikowi kolonii z opisem podawania.

Upoważniam kadrę kolonii do ich podawania zgodnie z zaleceniami.

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna

..... Włocławek, dnia

imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....
adres zamieszkania

.....

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam kierownika kolonii/obozu p. do odbioru dokumentacji medycznej mojego dziecka w przypadku leczenia i zabiegów wykonywanych podczas kolonii przez cały okres turnusu kolonii/obozu zorganizowanych przez Biuro Turystyczne "Turysta" s.c. D. Zielińska, R. Zieliński, A. Zielińska, ul. Przedmiejska 17, 87-800 Włocławek.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez ośrodek służby zdrowia na podstawie przepisów art. 37 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (j.t. z 2002 r. Dz.U. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.)/

Zobowiązuję kierownika kolonii i pracowników służby zdrowia do zachowania tajemnicy zgodnie ustawą o ochronie danych osobowych.

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna