

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna

Lubicz Dolny, dnia

.....
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

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna

Lubicz Dolny , dnia

.....
adres zamieszkania

.....

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam kierownika kolonii/obozu p..... do odbioru dokumentacji medycznej mojego dzieckaW przypadku leczenia i zabiegów wykonywanych podczas kolonii przez cały okres turnusu kolonii/obozu zorganizowanych przez **Fundację Pomocy Społecznej „ Okruszek Szczęścia ul. Toruńska 56, 87-162 Lubicz Dolny** . 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