



## Oświadczenie

Ja niżej podpisany/ podpisana (imię i nazwisko)

.....  
Jako pełnoprawny opiekun dziecka ( imię i nazwisko dziecka)

.....  
Oświadczam, że w razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje na podstawie decyzji podjętych przez właściwy personel służby zdrowia.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis

Informujemy, że w nagłych wypadkach będziemy podejmowali próby skontaktowania się z rodzicami lub opiekunami uczestników niepełnoletnich dostępnymi nam sposobami w oparciu o dane podane w karcie kwalifikacyjnej. Jeśli nie uda nam się nawiązać kontaktu a sytuacja będzie tego wymagała, będziemy podejmowali wszelkie działania zmierzające do ochrony zdrowia i życia uczestnika.