

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA OBOZU/KOLONII O STANIE ZDROWIA DZIECKA

Niniejsze oświadczenie, podpisane i wypełnione przez Opiekuna z dniem wyjazdu dziecka na kolonię/obóz powinno zostać dostarczone Organizatorowi na zbiórce przy autokarze/pociągu lub w przypadku dojazdu własnego bezpośrednio w obiekcie. Brak wypełnionego oświadczenia, a w przypadku występowania chorób przewlekłych także opinii lekarskiej uniemożliwia udział dziecka w kolonii/obozie.

Ja,

(imię i nazwisko Rodzica/prawnego Opiekuna)

w związku z udziałem

(imię i nazwisko dziecka)

w kolonii/obozie w w terminie:.....

(nazwa miejscowości)

(termin od-do)

oświadczam że:

- w dniu wyjazdu dziecko jest zdrowe, bez infekcji i objawów chorobowych, sugerujących chorobę zakaźną,
- w dniu wyjazdu dziecko nie ma temperatury przekraczającej 36,7°C
- w przypadku konieczności zobowiązuję się do niezwłocznego odebrania dziecka z kolonii/obozu.

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

Organizator informuje, iż podczas organizowanych kolonii i obozów zostaną zastosowane wszystkie zasady bezpieczeństwa i higieny oraz środki ostrożności, które zostaną wprowadzone przez MEN/GIS/MZ w związku z panującą sytuacją pandemiczną.

ZGODA NA HOSPITALIZACJĘ

Ja,
(imię i nazwisko Rodzica/prawnego Opiekuna)

Zamieszkały/-a
(adres zamieszkania Rodzica/prawnego Opiekuna)

w przypadku zagrożenia zdrowia i życia dziecka wyrażam zgodę na hospitalizację i leczenie (w tym przeprowadzenie wszelkich niezbędnych badań, zabiegów lub operacji w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu) mojego dziecka/podopiecznego

.....
(imię i nazwisko dziecka)

który/-a uczestniczy w kolonii/obozie w w terminie:.....
(nazwa miejscowości) (termin od-do)

organizowanym przez Travel Shop Sp. z o.o., ul. Poczтовая 39/u2, 70-357 Szczecin.

Jednocześnie upoważniam kierownika w/w kolonii/obozu do odbioru dokumentacji medycznej mojego dziecka w przypadku leczenia i zabiegów wykonywanych w trakcie trwania kolonii/obozu.

Zobowiązuję kierownika kolonii/obozu oraz pracowników służby zdrowia do zachowania tajemnicy zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych.

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