

UKS BIATHLON CHORZÓW

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....
miejsowość i data

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia i życia mojego dziecka, wyrażam zgodę na jego leczenie, Podawanie leków przepisanych przez lekarza, zabiegi diagnostyczne, leczenie szpitalne, operacje. Wszystkie leki zalecone przez lekarza, które dziecko stale przyjmuje, przekazałem/am trenerowi wraz z opisem podawania.

Upoważniam trenera legitymującą/ego się dowodem osobistym o serii i numerze do ich podawania zgodnie z zaleceniami.

UPOWAŻNIENIE

Upoważniam w/w trenera do odbioru dokumentacji medycznej mojego dziecka, w przypadku leczenia i zabiegów wykonywanych podczas zgrupowania szkoleniowego zorganizowanego przez Uczniowski Klub Sportowy Biathlon Chorzów.

.....
Data i podpis Rodzica/Opiekuna