

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA UCZESTNIKA SPOTKANIA

Jako opiekun dziecka
wyrażam zgodę na jego udział w spotkaniu organizowanym przez Klub Astro-
nomiczny „Almukantarat”, odbywającym się w Warszawie od 23 maja do 27
maja 2024 roku . Oświadczam także, że zapoznałem(-am) się z programem
spotkania*. Ponadto, ze względu na bezpieczeństwo dziecka, przedstawiam
poniższe informacje na temat jego stanu zdrowia:

(np. na co dziecko jest uczulone, czy jest chore na padaczkę, cukrzycę, czy przyjmuje regularnie leki
i w jakich dawkach, jaką stosuje dietę, czy nosi aparat ortodontyczny lub okulary, przeciwwskazania
dotyczące ćwiczeń fizycznych, pływania, przebywania na słońcu; jeśli nie dotyczy — wpisać pełnym
zdaniem „Nie są mi znane żadne choroby dziecka”.)

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Stwierdzam, że podałem(-am) wszystkie znane mi informacje o dziecku, które
mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki dziecku w czasie trwania spo-
tkania.

Jestem świadom(a) niebezpieczeństw, jakie niesłoby zatajenie istotnych in-
formacji o stanie zdrowia dziecka.

Przyjmuję do wiadomości, że organizator spotkania nie ponosi odpowiedzial-
ności za nieszczęśliwe wypadki bezpośrednio wynikające z takiego zatajenia.

W wypadku zagrożenia życia lub zdrowia, wyrażam zgodę na hospitalizację
dziecka i udzielenie mu pomocy medycznej.

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis matki, ojca lub opiekuna)

(Podane informacje traktowane będą jako poufne i nie będą miały wpływu na kwalifikację dziecka
jako uczestnika spotkania.)

*dostępny na stronie <https://wwn.almukantarat.pl>