# OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na udział uczestnika w spotkaniu organizowanym przez Klub Astronomiczny Almukantarat, odbywającym się w Niepołomicach od 28 maja do 1 czerwca 2026 roku. Oświadczam także, że zapoznałem(-am) się z programem spotkania. Ponadto, ze względu na bezpieczeństwo, przedstawiam poniższe informacje na temat stanu zdrowia uczestnika:

(np. na co uczestnik jest uczulony, czy jest chory 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 uczestniku, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie trwania spotkania.
Jestem świadom(a) niebezpieczeństw, jakie niosłoby zatajenie istotnych informacji o stanie zdrowia uczestnika.
Przyjmuję do wiadomości, że organizator spotkania nie ponosi odpowiedzialności za nieszczęśliwe wypadki bezpośrednio wynikające z takiego zatajenia.
W wypadku zagrożenia życia lub zdrowia, wyrażam zgodę na hospitalizację uczestnika i udzielenie mu pomocy medycznej.

| . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
|---|---|
| (miejscowość i data) | (czytelny podpis uczestnika) |

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

Podpis opiekuna
(w przypadku uczestników niepełnoletnich)

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