

## ZGODA NA HOSPITALIZACJĘ I UDZIELENIE POMOCY MEDYCZNEJ PODCZAS WYPOCZYNKU

Ja, niżej podpisany/a:

**Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego:**

\_\_\_\_\_

**Telefon kontaktowy w czasie obozu:**

\_\_\_\_\_

wyrażam zgodę na udzielenie niezbędnej pomocy medycznej, w tym w razie potrzeby hospitalizacji, mojemu dziecku:

**Imię i nazwisko dziecka:**

\_\_\_\_\_

**Data urodzenia dziecka:**

\_\_\_\_\_

uczestniczącemu w obozie **Szumi Camp**, organizowanym przez **ANK Grupa Sp. z o.o.**, w terminie od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_.

Upoważniam kadrę obozu, w tym kierownika i wychowawców, do reprezentowania mnie w sytuacjach wymagających podjęcia decyzji dotyczących leczenia mojego dziecka, **w szczególności w nagłych przypadkach zagrażających jego życiu lub zdrowiu**, gdy konieczna jest natychmiastowa interwencja medyczna, a kontakt z rodzicem jest niemożliwy lub utrudniony.

Zgoda obejmuje w szczególności: wyrażenie zgody na hospitalizację, podstawowe zabiegi diagnostyczne, leczenie oraz inne czynności medyczne niezbędne dla ratowania życia i zdrowia dziecka.

Oświadczam, że przekazane dane są zgodne z prawdą i biorę pełną odpowiedzialność za powyższe oświadczenie.

**Data:** \_\_\_\_\_

**Podpis rodzica/opiekuna prawnego:** \_\_\_\_\_