

.....  
(miejsowość, data)

## UPOWAŻNIENIE DO WYKONANIA ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

.....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

Ja, wyżej wymieniony/a i niżej podpisany/a, jako rodzic/prawny opiekun dziecka/dzieci:

.....  
(imię i nazwisko dziecka/dzieci)

.....  
(nr PESEL dziecka/dzieci)

przybywającego na obozie sportowym organizowanym przez SF ADVENTURE S.C. Zuzanna Sołtys Jan Sołtys w ..... w dniach ....., oświadczam, że posiadam pełną władzę rodzicielską wobec dziecka i niniejszym upoważniam Jana Sołtysa, legitymującego się dowodem osobistym nr CAU051707, do: udzielenia informacji nt. zdrowia mojego dziecka/dzieci w tym wyników badań, rozpoznania, metod diagnostycznych, leczniczych oraz wszystkich innych informacji związanych z następstwem przeprowadzonych świadczeń medycznych, ewentualnego odbioru mojego dziecka/dzieci ze szpitala lub innej placówki medycznej, a także do udzielenia mojemu dziecku wszelkiej wymaganej pomocy medycznej ze strony Organizatora lub Wychowawców, zgodnie z ich najlepszą oceną. Od momentu odbioru dziecka osoba przeze mnie wskazana przejmuje pełną opiekę nad dzieckiem.

.....  
Data, czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna