

KARTA INFORMACYJNA ZAWODNIKA NIEPEŁNOLETNIEGO

Podstawowe dane osobowe:

Nazwisko Imię:

Numer PESEL:

Adres zamieszkania:

.....

Telefon kontaktowy (rodzica/opiekuna prawnego):

.....

Adres i podstawowe dane jednostki lekarza rodzinnego:

.....

Inne istotne informacje:

.....

Informujemy, że dziecko/wychowanek* jest zdrowe/y i nie ma przeciwwskazań do udziału w akcjach szkoleniowych lub startowych.

Informacja dotycząca przebytych chorób

.....

Informacja dotycząca przebytych szczepień

.....

Informacja dotycząca uczuleń

.....

Informacja dotycząca zażywanych stale leków

.....

Inne dodatkowe informacje

.....

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku/wychowanku*, które mogą pomóc we właściwej opiece na akcjach jednostkowych.

Wyrażam zgodę na udzielenie pomocy w ramach podstawowej opieki medycznej lub ambulatoryjnej oraz przekazania stosownych zaleceń i informacji o stanie zdrowia dziecka/wychowanka* opiekunowi/szkoleniowcowi na akcji.

Wyrażam/ nie wyrażam* zgodę na podanie lekarstw przepisanych przez lekarza.

Biorę odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez moje dziecko/wychowanka* na akcjach jednostkowych. W przypadku nieprzestrzegania zasad regulaminu przez moje dziecko/wychowanka* i wydalenia z akcji szkoleniowej zobowiązuję się na jego osobisty odbiór.

.....

miejsowość

.....

data

.....

podpis matki/opiekuna*

.....

podpis ojca/opiekuna*

* - niepotrzebne skreślić

KARTA INFORMACYJNA ZAWODNIKA PEŁNOLETNIEGO

Podstawowe dane osobowe:

Nazwisko Imię:

Numer PESEL:

Adres zamieszkania:

.....

Telefon kontaktowy do wskazanej osoby:

Adres i podstawowe dane jednostki lekarza rodzinnego:

.....

Inne istotne informacje:

.....

.....

Informuję, że jestem zdrowa/y i nie mam przeciwwskazań do udziału w akcjach szkoleniowych lub startowych.

Informacja dotycząca przebytych chorób

.....

Informacja dotycząca przebytych szczepień

.....

Informacja dotycząca uczuleń

.....

Informacja dotycząca zażywanych stale leków

.....

Inne dodatkowe informacje

.....

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje, które mogą pomóc we właściwej opiece na akcjach jednostkowych.

Wyrażam zgodę na udzielenie pomocy w ramach podstawowej opieki medycznej lub ambulatoryjnej oraz przekazania stosownych zaleceń i informacji o stanie zdrowia opiekunowi /szkoleniowcowi na akcji.

Wyrażam/ nie wyrażam* zgodę na podanie lekarstw przepisanych przez lekarza.

Biorę odpowiedzialność za szkody wyrządzone na akcjach jednostkowych.

.....

miejsowość

.....

data

.....

podpis pełnoletniego zawodnika