**OŚWIADCZENIE I ZGODY RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

…………………………………………. …………………………………………….

 /imię i nazwisko rodzica/opiekuna/ /telefon kontaktowy rodzica/opiekuna/

…………………………………………. …………………………………………….

 /imię i nazwisko rodzica/opiekuna/ /telefon kontaktowy rodzica/opiekuna/

Wyrażam zgodę na udział dziecka………………………………………………..

/imię i nazwisko dziecka/

w półkoloniach w dniach:……………………………………..

Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań lekarskich, aby moje dziecko uczestniczyło w półkoloniach.

Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją, zabiegani operacyjnym w przypadku zagrożenia zdrowia i życia mojego dziecka - przez kierownika lub opiekunów w czasie trwania obozu.

Wyrażam zgodę na podawanie leków mojemu dziecku podczas trwania półkolonii.

(jakiego?………………..)

 ……………………………… …………………………/………………………

 miejscowość i data podpis rodziców/opiekunów