**ZGODA RODZICÓW
NA PRZYJAZD, WYJAZD DZIECKA ORAZ SAMODZIELNY POBYT
NA XI LETNIEJ AKADEMII INSTRUMENTÓW DĘTYCH BLASZANYCH + KALISZ 2019**

Wyrażam zgodę na przyjazd, wyjazd oraz samodzielny pobyt mojego dziecka

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

na XI LAIDB+ w dniach 18 – 24. 08. 2019 r. w PSM I i II st. im. Henryka Melcera w Kaliszu.

Wyrażam/nie wyrażam\* zgodę/y\* na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi, w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka
przez Organizatora XI LAIDB+.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 imię i nazwisko matki/opiekuna prawnego\* nr kontaktowy podpis

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 imię i nazwisko ojca/opiekuna prawnego\* nr kontaktowy podpis

Jednocześnie informuję, że syn/córka\*:

* Choruje/nie choruje\* na przewlekłe choroby:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Zażywa/nie zażywa\* na stałe leki:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Dawkowanie:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Inne uwagi:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

W czasie trwania XI LAIDB+ zobowiązuję się być osiągalny pod podanym numerem kontaktowym.

W przypadku choroby bądź konieczności hospitalizacji rodzic/opiekun prawny zobligowany jest do przejęcia opieki nad uczestnikiem w ciągu 24h.

Oświadczam, że jest mi znany cel przyjazdu/wyjazdu mojego dziecka oraz zapoznałem się z REGULAMINEM XI LAIDB+.

Podpis tylko jednego rodzica/opiekuna oznacza, że działa on w porozumieniu i za zgodą drugiego.

Prawidłowość powyższych informacji potwierdzam:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 data i czytelny podpis

\* niepotrzebne skreślić