

**ZGODA RODZICÓW**  
**NA PRZYJAZD, WYJAZD ORAZ SAMODZIELNY POBYT DZIECKA**  
**NA XVII LETNIEJ AKADEMII INSTRUMENTÓW DĘTYCH BLASZANYCH+**  
**KALISZ 2025**

Wyrażam zgodę na przyjazd, wyjazd oraz samodzielny pobyt mojego dziecka

\_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)

\_\_\_\_\_  
(nr kontaktowy dziecka\*\*)

podczas XVII LAIDB+ w dniach 17-23.08.2025 r. 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 XVII 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 XVII 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 XVII 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

\*\* w przypadku braku telefonu proszę pozostawić puste pole