## ZAŁĄCZNIK NR 4a. ZGODA NA PODEJMOWANIE DECYZJI ZWIĄZANYCH Z HOSPITALIZACJĄ ORAZ ZABIEGAMI OPERACYJNYMI W PRZYPADKU PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH DZIECKA

Niniejszym wyrażamy zgodę na podejmowanie decyzji związanych z hospitalizacją oraz zabiegami operacyjnymi w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia dziecka.

Informujemy również, że dziecko:

a) choruje/nie choruje\*\* na przewlekłe choroby   
(jeśli choruje, to wskazać na jakie): ………………………………………………………………….

b) posiada/nie posiada\*\* alergię   
(jeśli posiada, to wskazać na co): …………………………………………………………………….

c) zażywa/nie zażywa\*\* leki

(jeśli zażywa, to wskazać jakie): ……………………………………………….……….…………….

Zobowiązujemy się każdorazowo powiadomić trenera o przeciwwskazaniach zdrowotnych do udziału dziecka w aktywnościach …………………………………………….... *(nazwa podmiotu)***.**

W przypadku zażywania leków, wyrażamy równocześnie zgodę na podawanie leków przez sztab medyczny ………………..…………………………………….…………... *(nazwa podmiotu)* w wymiarze określonym przez lekarzy prowadzących dziecko.

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

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego (I)

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

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego (II)\*

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

czytelny podpis dziecka, które ukończyło 16 lat