

data.....

.....  
Imię i nazwisko rodzica / prawnego opiekuna

.....  
PESEL lub nr dokumentu tożsamości

.....  
Adres zamieszkania

.....  
Stosunek przedstawiciela ustawowego  
do małoletniego (np. ojciec, matka)

## **OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELA USTAWOWEGO ZAWODNIKA DO 18 ROKU ŻYCIA**

Zgoda na udzielenie świadczenia zdrowotnego w obecności opiekuna faktycznego (trenera)  
oraz na udzielenie opiekunowi faktycznemu (trenera) informacji

**Oświadczam, że wyrażam jednorazowo zgodę na:**

Konsultacje fizjoterapeutyczne

TAK | NIE

UWAGA:

*w przypadku dzieci do 6 r.ż. zalecany jest udział opiekuna prawnego, jednak w sytuacjach uzasadnionych - zdefiniowanych przez opiekuna prawnego dopuszcza się udział opiekuna faktycznego po podpisaniu niniejszego Oświadczenia.*

w dniach 12-13-14 października 2018 podczas Konsultacji kadry narodowej PZA we wspinaczce sportowej

dla:

.....  
(imię i nazwisko małoletniego zawodnika, PESEL lub data urodzenia)

w obecności opiekunów faktycznych (trenerzy podczas Konsultacji kadry narodowej PZA):

- Andrzej Kajdan, 74101103232, CGY270906
- Edyta Ropek, 79111812222, CGA167655

(imię i nazwisko, PESEL lub data urodzenia, nr dokumentu tożsamości opiekuna)

**Oświadczam, że wyrażam zgodę także:**

Na udzielenie ww. opiekunom faktycznym (trenerom) informacji o stanie zdrowia zawodnika małoletniego, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu.

.....  
Miejscowość, data,  
czytelny podpis osoby składającej oświadczenie