

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

.....
PESEL lub nr dokumentu tożsamości

.....
Adres zamieszkania

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

ZGODA 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

w dniach 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,
- Edyta Ropek,
- Monika Prokopiuk
- Arkadiusz Kamiński

(imię i nazwisko)

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