

**1. STAN ZDROWIA UCZESTNIKA** WYPEŁNIAJĄ RODZICE UCZESTNIKA:

uczestnik jest chore na:.....

.....  
.....

Powinno zażywać lekarstwa:

I. NAZWA: .....

DAWKOWANIE: .....

II. NAZWA: .....

DAWKOWANIE: .....

III. NAZWA: .....

DAWKOWANIE: .....

IV. NAZWA: .....

DAWKOWANIE: .....

**2. ZGODA**

Wyrażamy zgodę na uczestnictwo naszego dziecka

.....  
w Rekolekcjach, w dniach 19-24 sierpnia 2016 r. w Drohiczynie.  
Zobowiązujemy się do zapewnienia naszemu dziecku bezpieczeństwa w  
drodze do miejsca zbiórki i z miejsca rozwiązania rekolekcji.

.....  
/ CZYTELNY PODPIS /

.....  
/ CZYTELNY PODPIS /

**3. W RAZIE JAKIEGOKOLWIEK WYPADKU:**

**Wyrażam / nie wyrażam\*** zgodę na podejmowanie decyzji przez kierownika lub opiekunów w czasie trwania rekolekcji, związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka.

.....  
/ CZYTELNY PODPIS /

.....  
/ CZYTELNY PODPIS /

.....  
Nie znam przeciwwskazań zdrowotnych uniemożliwiających udział  
mojego dziecka w rekolekcjach.

.....  
/ CZYTELNY PODPIS /

.....  
/ CZYTELNY PODPIS /

**4. W CZASIE TRWANIA REKOLEKCJI BĘDĘ  
UCHWYTYNY/A POD NUMEREM TELEFONU:**

1)..... 2).....

.....  
/ CZYTELNY PODPIS /

.....  
/ CZYTELNY PODPIS /

..... dnia: .....

\* niepotrzebne skreślić