

## I. WNIOSEK UCZESTNIKA

### PARAFIALNYCH ATRAKCJI DLA DZIECI 12 – 17 LIPCA 2021 (PAD)

1. Nazwisko i imię uczestnika: .....
2. Data i miejsce urodzenia: ..... klasa .....
3. Adres zamieszkania: .....
4. PESEL do ubezpieczenia : .....
5. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku (*nazwisko i imię, adres, telefon kontaktowy*): .....
6. Adres e-mail rodzica/ów: .....

## II. INFORMACJE ZDROWOTNE O UCZESTNIKU:

1. Przebyte choroby (podać w którym roku życia):.....  
.....
2. U uczestnika występowały w ostatnim roku, lub występują obecnie (podać ewentualne objawy).....  
.....
3. Zażywa stałe leki (jaki i dawka): .....
4. Uczestnik jest uczulony\* : tak / nie (podać na co np. nazwa leku, rodzaj pokarmu):  
.....
8. Inne uwagi o zdrowiu uczestnika.....  
.....

*\*prawidłowe podkreślić*

## III. OŚWIADCZENIE ZDROWOTNE:

- ❖ Zaświadczam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje o zdrowiu uczestnika, które pozwolą na zapewnienie właściwej opieki podczas pobytu na PAD.
- ❖ Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę, aby w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka, mogło być poddane opiece zdrowotnej.
- ❖ Zobowiązuje się do odebrania dziecka z PAD jeśli pojawią się objawy chorobowe obligujące do opuszczenia PAD.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis rodzica lub prawnego opiekuna)

## IV. ZGODY:

- ❖ Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w kwestionariuszu do celów związanych z organizacją PAD oraz na przetwarzanie wizerunku dziecka do celów związanych z promocją wydarzenia.
- ❖ Niniejszym oświadczam, że ponoszę wszelką odpowiedzialność za wszystkie sprzęty i urządzenia elektroniczne posiadane przez dziecko oraz uszkodzone przez dziecko.
- ❖ Biorę odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka w drodze na PAD i w drodze powrotnej do domu.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(podpis rodzica lub prawnego opiekuna)