**Karta informacyjna zawodnika niepełnoletniego**

**Podstawowe dane osobowe:**

Nazwisko Imię: .....................................................................................................................…...…

Numer PESEL: ... ... ... ... ... ... ... ... ... ... ...

Adres zamieszkania: ............................................................................................................……..

..............................................................................................................................................………

Telefon kontaktowy z rodzicem: ...........................................................................................……

Adres i podstawowe dane jednostki lekarza rodzinnego: .............................................………

..............................................................................................................................................………

Inne istotne informacje: ...................................................................................................…..……

..............................................................................................................................................………

…..........................................................................................................................................………

Informujemy, że dziecko/ wychowanek\* jest zdrowe/y i nie ma przeciwwskazań do udziału w akcjach szkoleniowych lub startowych.

Informacja dotycząca przebytych chorób ...............................................................................

.........................................................................................................................................................

Informacja dotycząca przebytych szczepień ...........................................................................

.........................................................................................................................................................

Informacja dotycząca uczuleń ……...........................................................................................

.........................................................................................................................................................

Informacja dotycząca zażywanych stale leków ......................................................................

.........................................................................................................................................................

Inne dodatkowe informacje .......................................................................................................

.........................................................................................................................................................

.........................................................................................................................................................

Stwierdzam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku/ wychowanku\*, które mogą pomóc we właściwej opiece na akcjach jednostkowych.

Wyrażam zgodę na udzielenie pomocy w ramach podstawowej opieki medycznej lub ambulatoryjnej oraz przekazania stosownych zaleceń i informacji o stanie zdrowia dziecka/ wychowanka\* szkoleniowcowi na akcji.

Wyrażam/ nie wyrażam\* zgodę na podanie lekarstw przepisanych przez lekarza.

Wyrażam/ nie wyrażam\* zgodę na podanie odżywek zatwierdzonych przez KAT/ MZLA/ MZSKF/ PZLA\*.

Biorę odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez moje dziecko/ wychowanka\* na akcjach.

W przypadku nieprzestrzegania zasad zachowania przez moje dziecko/wychowanka\* i wydalenia z akcji zobowiązuję się na jego osobisty odbiór.

................................. dnia ................... .............................. .............................

 miejscowość data podpis matki/opiekuna\* podpis ojca/opiekuna\*