**Zgoda rodziców/opiekunów na udział dziecka w zajęciach sportowych**

………………………………………… ………………………………………………

imię i nazwisko rodzica/opiekuna imię i nazwisko dziecka

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

adres PESEL dziecka

……………………………………................

tel. kontaktowy rodzica/opekuna

**Oświadczenie**

Wyrażam zgodę na udział syna/córki ………………………………………………...........

w zajęciach sportowych organizowanych w ramach projektu Aktywni Markowiczanie. Jako rodzic (prawny opiekun) zabezpieczę dziecku bezpieczną drogę na zajęcia i jego powrót do domu. Oświadczam, że wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych zawartych w niniejszym oświadczeniu, dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych). Wyrażamy zgodę na przetwarzanie – publikowanie na stronach internetowych organizatora danych osobowych i zdjęć z zajęć.

…………………………………………….

podpis rodzica/prawnego opiekuna dziecka

**INFORMACJA RODZICÓW O DZIECKU**

1. Przebyte choroby (podać, w którym roku życia, lub wpisać „nie”) :

Odra ................................., ospa ................................., różyczka .................................

świnka ....................., szkarlatyna ....................... żółtaczka zakaźna............................

choroby nerek jakie .......................................................................................................

astma .................................... , padaczka ........................... inne choroby ....................

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

2. U dziecka występowały w ostatnim roku lub występują obecnie **\* (właściwe podkreślić**):

Drgawki, utraty przytomności, zaburzenia równowagi, omdlenia, częste bóle głowy, lęki nocne, trudności w zasypianiu, tiki, moczenia nocne, częste bóle brzucha, wymioty, krwawienia z nosa, przewlekły kaszel, (lub katar, anginy), duszność, bóle stawów, szybkie męczenie się, niedosłuch, inne ....................................................................

3. Dziecko jest uczulone \* : tak, nie, jeśli tak podać na co ...............................................................

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

4. Dziecko nosi\* : okulary, aparat ortodontyczny, wkładki ortopedyczne, inne aparaty

5. Wyrażamy zgodę na hospitalizację, leczenie lub zabiegi operacyjne w przypadku nieszczęśliwego wypadku naszego dziecka. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

Data i podpis rodziców:

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

STWIERDZAM, ŻE PODAŁAM(EM) WSZYSTKIE ZNANE MI INFORMACJEO DZIECKU, KTÓRE MOGĄ POMÓC W ZAPEWNIENIU WŁAŚCIWEJ OPIEKI DZIECKU W CZASIE TRWANIA ZAJĘĆ SPORTOWYCH.

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

(data) (podpis matki, ojca lub opiekuna)