OŚWIADCZENIA RODZICÓW/ OPIEKUNA PRAWNEGO

Oświadczam, że:

a) Zostałem/łam poinformowany, że w trakcie pobytu dziecka w klubie nie mogą

być podawane dziecku leki.

b) W przypadku wystąpienia objawów chorobowych u mojego dziecka należy

skontaktować się z:

1……………………………………………tel…………………………………………………

2……………………………………………tel…………………………………………………

3……………………………………………tel…………………………………………………

c) W razie zagrożenia życia i zdrowia mojego dziecka wyrażam zgodę na podjęcie

działań medycznych, w tym przewiezienie dziecka do szpitala i bezzwłoczne

powiadomienie wyżej wymienionych osób.

d) Moje dziecko może być odbierane przez:

1……………………………………….....tel………………………………………………….

2………………………………………….tel……………………………………………………

3………………………………………….tel……………………………………………………

UWAGA! OSOBA ODBIERAJĄCA MUSI BYĆ OSOBĄ PEŁNOLETNIĄ!

Białystok dn.……………………………………………………………………………………….

Czytelny podpis rodzica/opiekuna

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby

Oaza Rozwoju Malucha Klub Dziecięcy zgodnie z treścią

ustawy z dnia 29.08.97 r. o ochronie danych osobowych(Dz.U. nr 133 poz. 133)

Białystok, dn………………………………………………………………………………………

Czytelny podpis rodzica/opiekuna

Wyrażam zgodę na dokonywanie czynności pielęgnacyjnych przy moim dziecku

oraz wyrażanie czułości poprzez przytulanie, głaskanie, tulenie do snu.

Oświadczam, że informacje przedłożone przez nas w niniejszej karcie są zgodne ze

stanem faktycznym.

Białystok, dn…………………………………………………………………………………………

Czytelny podpis rodzica/opiekuna