

**ZAŁĄCZNIK NR 4a. ZGODA NA PODEJMOWANIE DECYZJI ZWIĄZANYCH
Z HOSPITALIZACJĄ ORAZ ZABIEGAMI OPERACYJNYMI W PRZYPADKU PROBLEMÓW
ZDROWOTNYCH DZIECKA**

Niniejszym wyrażamy zgodę na podejmowanie decyzji związanych z hospitalizacją oraz zabiegami operacyjnymi w przypadku zagrożenia życia lub zdrowia dziecka.

Informujemy również, że dziecko:

a) choruje/nie choruje** na przewlekłe choroby

(jeśli choruje, to wskazać na jakie):

b) posiada/nie posiada** alergię

(jeśli posiada, to wskazać na co):

c) zażywa/nie zażywa** leki

(jeśli zażywa, to wskazać jakie):

Zobowiązujemy się każdorazowo powiadomić trenera o przeciwwskazaniach zdrowotnych do udziału dziecka w aktywnościach Klubu Piłkarskiego Polonia Bydgoszcz. (*nazwa podmiotu*).

W przypadku zażywania leków, wyrażamy równocześnie zgodę na podawanie leków przez sztab medyczny Klubu Piłkarskiego Polonia Bydgoszcz (*nazwa podmiotu*) w wymiarze określonym przez lekarzy prowadzących dziecko.

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego (I)

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego (II)*

czytelny podpis dziecka, które ukończyło 16 lat