**Karta informacyjna zawodnika niepełnoletniego**

**Podstawowe dane osobowe:**

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

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

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

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

Telefon kontaktowy (rodzica/opiekuna prawnego):

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

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\* opiekunowi/szkoleniowcowi na akcji.

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

Biorę odpowiedzialność za szkody wyrządzone przez moje dziecko/wychowanka\* na akcjach jednostkowych. W przypadku nieprzestrzegania zasad regulaminu przez moje dziecko/wychowanka\* i wydalenia z akcji szkoleniowej zobowiązuję się na jego osobisty odbiór.

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

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

**Karta informacyjna zawodnika pełnoletniego**

**Podstawowe dane osobowe:**

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

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

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

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

Telefon kontaktowy do wskazanej osoby: ........................................................................................

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

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

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

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

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

Informuję, że jestem zdrowa/y i nie mam 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, 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 opiekunowi /szkoleniowcowi na akcji.

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

Biorę odpowiedzialność za szkody wyrządzone na akcjach jednostkowych.

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

 miejscowość data podpis pełnoletniego zawodnika