

ZAŁĄCZNIK NR 4.

ZGODY RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCE ZDROWIA DZIECKA/ PODOPIECZNEGO

miejsowość i data

Imię i nazwisko dziecka:	
Data urodzenia dziecka:	
PESEL dziecka:	

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka (I):	
Numer kontaktowy do rodzica/opiekuna prawnego dziecka (I):	
PESEL rodzica/opiekuna prawnego dziecka (opcjonalnie):	

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego dziecka (II)*:	
Numer kontaktowy do rodzica/opiekuna prawnego dziecka (II)*:	
PESEL rodzica/opiekuna prawnego dziecka (opcjonalnie)*:	

INFORMACJE:

- 1) W przypadku dziecka, które nie ukończyło 16. roku życia, niniejszy formularz wypełniają jego rodzice/opiekunowie prawni. W przypadku dziecka, które ukończyło 16. rok życia, niniejszy formularz podpisuje poza rodzicami/opiekunami prawnymi również dziecko.
- 2) W przypadku niemożności uzyskania zgody obojga rodziców/opiekunów prawnych, poniższe oświadczenie wypełnia jeden z rodziców/opiekunów prawnych:

Oświadczam, że będąc pouczona/y o treści art. 97* ustawy z dnia 25 lutego 1964 r. Kodeks rodzinny i opiekuńczy (Dz.U. 2019 poz. 2086 z późn. zm.), wyrażenie zgody na przetwarzanie danych osobowych przez drugiego rodzica/opiekuna prawnego nie jest możliwe z przyczyn mi znanych bądź uzyskałam/em zgodę na przetwarzanie danych od drugiego rodzica/opiekuna prawnego.

** Art. 97 § 1. Jeżeli władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzicom, każde z nich jest obowiązane i uprawnione do jej wykonywania. § 2. Jednakże o istotnych sprawach dziecka rodzice rozstrzygają wspólnie; w braku porozumienia między nimi rozstrzyga sąd opiekuńczy.*

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

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 w **Kujawsko – Pomorskim ZPN**.

W przypadku zażywania leków, wyrażamy równocześnie zgodę na podawanie leków przez sztab medyczny **Kujawsko – Pomorskiego ZPN** 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

ZAŁĄCZNIK NR 4b.

ZGODA NA POBRANIE KRWI DZIECKA

Niniejszym wyrażamy zgodę na pobranie krwi oraz wykonanie badań sportowo – lekarskich
dziecka w

(nazwa i adres placówki medycznej)

W czasie wykonywania badań upoważniamy trenera:

.....,

legitymującego się dowodem osobistym nr:..... do pełnienia
opieki nad dzieckiem.

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego (I)

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego (II)*

czytelny podpis dziecka, które ukończyło 16 lat

ZAŁĄCZNIK NR 4c.

ZGODA NA BADANIA DOTYCZĄCE ZDOLNOŚCI DO UPRAWIANIA PIŁKI NOŻNEJ PRZEZ DZIECI I MŁODZIEŻ

Niniejszym wyrażamy zgodę na przeprowadzenie przez lekarza specjalistę w dziedzinie medycyny sportowej lub lekarza posiadającego certyfikat ukończenia kursu wprowadzającego do specjalizacji w dziedzinie medycyny sportowej lub lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (zgodnie z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2011 r. w sprawie trybu orzekania o zdolności do uprawiania danego sportu przez dzieci i młodzież do ukończenia 21. roku życia oraz przez zawodników pomiędzy 21. a 23. rokiem życia (Dz. U. z 2011 r., Nr 88, poz. 500, z późn. zm.), oraz Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie kwalifikacji lekarzy uprawnionych do wydawania zawodnikom orzeczeń lekarskich o stanie zdrowia oraz zakresu i częstotliwości wymaganych badań lekarskich niezbędnych do uzyskania tych orzeczeń (Dz. U. z 2016 r., poz. 1172, z późn. zm.), **badan wstępnych, okresowych lub kontrolnych**, obejmujących m.in. ogólne badania lekarskie oraz badania specjalistyczne i diagnostyczne w zakresie niezbędnym do wydania orzeczenia lekarskiego o stanie zdrowia umożliwiającym bezpieczne uczestnictwo we współzawodnictwie sportowym (przewidziane w przepisach Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 lipca 2016 r. w sprawie kwalifikacji lekarzy uprawnionych do wydawania zawodnikom orzeczeń lekarskich o stanie zdrowia oraz zakresu i częstotliwości wymaganych badań lekarskich niezbędnych do uzyskania tych orzeczeń (Dz. U. z 2016 r., poz. 1172, z późn. zm.).

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego (I)

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego (II)*

czytelny podpis dziecka, które ukończyło 16 lat

ZAŁĄCZNIK NR 4d.

ZGODA NA SPRAWOWANIE OPIEKI MEDYCZNEJ W RAMACH UCZESTNICTWA W PROCESIE TRENINGOWYM ORAZ WSPÓLZAWODNICTWIE SPORTOWYM – Rozgrywki, Turnieje, Mecze, Sparingi organizowane przez Kujawsko – Pomorski ZPN, a także przez podmioty zewnętrzne w których uczestniczy dziecko/zawodnik.

Niniejszym wyrażamy zgodę na sprawowanie w stosunku do naszego dziecka opieki medycznej w okresie od dnia powołania zawodnika do reprezentacji K-PZPN do dnia złożenia pisemnej rezygnacji.

Jednocześnie, w odniesieniu do dziecka wyrażamy zgodę na:

- a) przeprowadzenie badań lekarskich (podmiotowych i przedmiotowych), opiekę diabetologiczną, diagnostykę USG, diagnozowanie i leczenie chorób oraz urazów, wykonywanie procedur medycznych (takich jak: ordynowanie i podawanie suplementów oraz leków – doustnie, miejscowo na skórę, domięśniowo, dożylnie, dostawowo oraz innymi drogami; zaopatrywanie ran i obrażeń oraz inne procedury medyczne niezbędne do przeprowadzenia w trakcie prowadzonego leczenia),
- b) wykonanie badań lekarskich z użyciem promieni rentgenowskich (w trakcie prowadzonego leczenia),
- c) uczestnictwo we wszystkich procedurach związanych z kontrolą dopingu, w tym na pobranie materiału biologicznego na potrzeby tejże kontroli (tj. próbek moczu, krwi lub włosów),
- d) przeprowadzenie badań wydolnościowych,
- e) korzystania z usług zatrudnionego przez Klub profesjonalnego Fizjoterapeuty/ki

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego (I)

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego (II)*

czytelny podpis dziecka, które ukończyło 16 lat

ZAŁĄCZNIK NR 4e.

**ZGODA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH ZAWIERAJĄCYCH
DANE O STANIE ZDROWIA DZIECKA**

Wyrażam/y zgodę/ nie wyrażamy zgody** na przetwarzanie danych osobowych dziecka, zawierających również dane o stanie zdrowia dziecka, zawartych w wynikach badań lekarskich w celu zapewnienia prawidłowego udziału dziecka w procesie szkolenia.

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego (I)

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego (II)*

czytelny podpis dziecka, które ukończyło 16 lat

*pole nieobowiązkowe w przypadku, gdy dziecko ma tylko jednego rodzica/opiekuna prawnego lub zgoda została uzyskana na odległość (oświadczenie jednego rodzica).

****niepotrzebne skreślić.**