



Capital Ski Sp. z o.o.
ul. Drawska 22
02-202 Warszawa
NIP 7010988005

INFORMACJE NA TEMAT CHOROÓB ORAZ LEKÓW DZIECKA

Informuję, że _____ (imię i nazwisko dziecka)
choruje **TAK / NIE** (zaznacz) na: _____

Informuję, że dziecko przyjmuje **TAK / NIE** (zaznacz) leki na stałe (nazwa leku oraz dawkowanie):

Informuję, że u dziecka występują **TAK / NIE** (zaznacz) alergie na:

ZGODA NA PODANIE LEKU

Wyrażam zgodę **TAK/NIE** na podanie w razie konieczności mojemu dziecku

_____ (imię i nazwisko dziecka)

leku PARACETAMOL (przeciwbólowego, przeciwzapalnego, przeciwgorączkowego)

w dawce _____ (masa ciała/wiek dziecka).

Oświadczam, że podałam/em wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc
w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka na półkoloniach w Capital Ski.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym dla bezpieczeństwa i
ochrony dziecka. W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na wezwanie i doraźną pomoc
pogotowia ratunkowego.

_____ (data i podpis rodziców/ opiekunów)