

Sosnowiec, dnia .....

.....  
imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....

.....  
adres zamieszkania

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w razie zagrożenia zdrowia i życia dziecka wyrażam zgodę na jego leczenie, podawanie leków przepisanych przez lekarza, zabiegi diagnostyczne, leczenie szpitalne, operację. Wszystkie leki, zalecone przez lekarza, które dziecko stale przyjmuje, przekażę wychowawcy lub kierownikowi kolonii z opisem podawania. Upoważniam kadrę kolonii do ich podawania zgodnie z zaleceniami. ....

.....

.....

.....  
Czytelny podpis rodzica/opiekuna

---

Sosnowiec, dnia .....

### UPOWAŻNIENIE

upoważniam kierownika kolonii p. ....

do odbioru dokumentacji medycznej mojego dziecka .....

w przypadku leczenia i zabiegów wykonywanych podczas kolonii letnich w

.....

przez cały okres turnusu kolonii zorganizowanych przez Caritas Diecezji Sosnowieckiej w roku 2023. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez ośrodek służby zdrowia na podstawie przepisów *art. 13 ust. 1 i ust. 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, dalej również „RODO”)*. Zobowiązuję kierownika kolonii i pracowników służby zdrowia do zachowania tajemnicy zgodnie ustawą o ochronie danych osobowych.

.....

Czytelny podpis rodzica/opiekuna