

**ZGODA NA UDZIAŁ
NIEPEŁNOLETNIEGO ZAWODNIKA W AKCJI SZKOLENIOWEJ POLSKIEGO ZWIĄZKU RUGBY**

I. INFORMACJE KONTAKTOWE:

Imię i nazwisko dziecka: _____
Numer PESEL dziecka: _____
Numer telefonu dziecka: _____

Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego: _____
Imię i nazwisko przedstawiciela ustawowego: _____
Numer telefonu kontaktowego: _____

II. ZGODA NA UDZIAŁ:

Niżej podpisani działający jako przedstawiciele ustawowi ww. dziecka, wyrażamy zgodę na jego udział w akcji szkoleniowej Kadry Narodowej Polskiego Związku Rugby („PZR”), która odbędzie się w dniach 27-30.06.2025 r. w Rudzie Śląskiej.

Wyrażamy również zgodę na samodzielny przyjazd oraz samodzielny powrót na ww. akcję szkoleniową. Tym samym oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka podczas drogi na ww. akcję szkoleniową i drodze powrotnej z akcji szkoleniowej. Ponadto wyrażam zgodę na przejazd mojego dziecka samochodem prywatnym osób ze sztabu szkoleniowego w dniach 27-30.06.2025 r. na trasie Dworzec PKP-hotel-Dworzec PKP.

III. OŚWIADCZENIA:

Niniejszym oświadczamy, że:

- (i) dziecko nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udziału ww. akcji szkoleniowej PZR;
- (ii) wyrażamy zgodę na podejmowanie decyzji związanych z hospitalizowaniem, leczeniem lub zabiegami operacyjnymi, w tym w szczególności w przypadku nieszczęśliwego wypadku naszego dziecka, przez kadrę szkoleniową PZR (*Rodzic/Opiekun prawny zostanie powiadomiony o stanie zdrowia wymagającym powyższych interwencji niezwłocznie po jego zejściu*) oraz na podawanie przez kadrę szkoleniową PZR leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę lub środków farmakologicznych doraźnych w wymaganych do tego sytuacjach (np. gorączka) podczas pobytu dziecka na akcji szkoleniowej PZR;
- (iii) wyrażamy zgodę na pobranie krwi oraz wykonanie badań (w tym sportowo- lekarskich) dziecka (jeśli okażą się one wymagane na potrzeby uczestnictwa w akcji szkoleniowej PZR i/lub w wyniku sytuacji zaistniałej podczas akcji szkoleniowej PZR);
- (iv) wyrażamy zgodę na podjęcie wszelkich działań przez fizjoterapeutę/tkę PZR w przypadku odniesionej kontuzji dziecka (w tym terapii manualnej, kinezyterapii, kinesiotapingu, zabiegów fizykalnych oraz odnowy biologicznej, suchego igłowania, manipulacji krótko-dźwigniowych, pinopresury i innych działań fizjoterapeutycznych);
- (v) wyrażamy zgodę na przeprowadzenie wszelkich niezbędnych zabiegów lub operacji w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego dziecka, a w razie decyzji lekarskiej o hospitalizacji zobowiązuje się do odbioru dziecka ze szpitala;
- (vi) wyrażamy zgodę na udzielanie wszelkich informacji o stanie zdrowia naszego dziecka, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych i leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach badań oraz rokowaniu, w tym udostępnieniu wszelkiej dokumentacji medycznej dotyczącej stanu zdrowia naszego dziecka oraz udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, członkom sztabu szkoleniowego PZR. Niniejsze upoważnienie ma charakter ogólny i obejmuje zgodę na dostęp do wszelkich informacji oraz całej dokumentacji w każdym podmiocie wykonującym działalność leczniczą. Upoważnienie zostaje udzielone na okres ww. akcji szkoleniowej PZR.

IV. INFORMACJE DODATKOWE:

- ~ Informacje dodatkowe o stanie zdrowia dziecka (np. choroba lokomocyjna, krwotoki, odbyte w ostatnim czasie leczenie, itp.): _____
- ~ moje dziecko choruje/nie choruje* na choroby: _____
- ~ moje dziecko przyjmuje/nie przyjmuje* na stałe lekarstwa: _____
- ~ moje dziecko jest uczulone/nie jest uczulone*: _____

- _____, **dnia** _____._____._____.**r.** -
(miejscowość, data)

(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego)

(czytelny podpis przedstawiciela ustawowego)

(czytelny podpis dziecka, które ukończyło 16 lat)

*niepotrzebne skreślić