

**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 10-13.04.2025 r. w Sopocie.

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 10-13.04.2025 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