

**KARTA ZGŁOSZENIOWA**  
**dla osób poniżej 18 roku życia**

uczestnictwa w Światowych Dniach Młodzieży (ŚDM) Kraków 2016 -  
**Kampus Diecezji sosnowieckiej JP II w Jerzmanowicach**  
26.07 – 31.07.2016 r.

**I. ZGŁOSZENIE UCZESTNIKA.**

**A. Dane identyfikacyjne.**

1. Imię i nazwisko:.....

2. PESEL:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. Adres zamieszkania/pobytu:

- kod pocztowy i miejscowość:.....
- ulica, nr domu i lokalu:.....

4. Telefon kontaktowy: + 48 .....

5. Telefon kontaktowy rodziców/opiekuna prawnego\*: + 48 .....

6. Parafia p.w.....

w:.....

Oświadczam, iż powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis czytelny uczestnika

**B. Oświadczenie rodziców/opiekuna prawnego.**

Oświadczam, iż zapoznałem(am) się z warunkami uczestnictwa w ŚDM Kraków 2016 r. - Kampus JP II w Jerzmanowicach w dniach 26.07. - 31.07.2016 r., które akceptuję ([www.smds.pl](http://www.smds.pl)\*\*\*\*) i **wyrażam zgodę** na udział małoletniego syna/córki\*

.....  
pod opieką pełnoletniego uczestnika w osobie (imię i nazwisko, tel. kontaktowy):.....

.....

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis czytelny rodziców/opiekuna prawnego\*

.....  
podpis czytelny pełnoletniego opiekuna

## **II. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA.**

### **A. Oświadczenie.**

Oświadczam, iż mój syn/córka\* nie choruje/choruje\*\* na choroby przewlekłe, alergię, inne dolegliwości wymagające stałego zażywania leków, w tym w związku z podróżowaniem samochodem.

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis czytelny rodziców/opiekuna prawnego\*

### **B. Informacje medyczne.**

1. Choroby przewlekłe (jakiego rodzaju i jakich wymagają leków-dawkowanie): .....

.....

2. Alergie (jakiego rodzaju i jakich wymagają leków-dawkowanie): .....

.....

3. Inne (w tym dot. jazdy samochodem):.....

.....

### **C. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na ujawnienie informacji medycznych.**

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na ujawnienie powyższych informacji o stanie zdrowia małoletniego syna/córki\* w przypadku konieczności udzielenia pomocy medycznej w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia dziecka i jednocześnie wyrażam zgodę na leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne lub operacyjne dziecka w związku z zaistnieniem sytuacji bezpośredniego zagrożenia zdrowia lub życia.\*\*\*

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis czytelny rodziców/opiekuna prawnego\*

\* Niepotrzebne skreślić.

\*\* W przypadku zaznaczenia „choruje” proszę o udzielenie informacji w punkcie **B**, co pozwoli na zapewnienie właściwej pomocy medycznej w sytuacji zagrożenia zdrowia lub życia dziecka.

\*\*\* W przypadku zaistnienia sytuacji wymagającej natychmiastowego leczenia szpitalnego, zabiegu diagnostycznego lub operacyjnego dziecka w związku z bezpośrednim zagrożeniem zdrowia lub życia, rodzice lub opiekun prawny będą niezwłocznie powiadomieni telefonicznie.

\*\*\*\* Odesłanie do strony [www.smds.pl](http://www.smds.pl), celem zapoznania się z warunkami uczestnictwa w Kampusie JP II

## **III. Ważne informacje dla uczestnika:**

- każdy z uczestników zobowiązany jest do posiadania w trakcie trwania Kampusu JP II ważnego dokumentu tożsamości (dowód osobisty lub paszport; w przypadku młodzieży szkolnej może być legitymacja szkolna).