



OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PEŁNOLETNIEGO

.....
(imię i nazwisko)

W razie nagłego pogorszenia stanu mojego zdrowia proszę poinformować:

.....
(imię, nazwisko, telefon kontaktowy)

W razie zaistnienia potrzeby kontaktu ze służbami medycznymi lub sanitarnymi podaję
swój nr PESEL:

Przekazuję podstawowe informacje na temat stanu mojego zdrowia:

- Choroby przewlekłe:

.....
- Stale przyjmowane leki:

.....
- Uczulenia:

.....

.....
Data i miejsce

.....
Podpis

Informacja:

Administratorem Państwa danych jest Fundacja Ławka z siedzibą w Opolu, pl. Mickiewicza 1.

Korzystamy z Państwa danych w celu prawidłowego i bezpiecznego przebiegu wyjazdu.

Państwa dane będą przechowywane przez 14 dni po zakończeniu spotkania.