

**OŚWIADCZENIE ZDROWOTNIE KANDYDATA NA
ANIMATORA RUCHU APOSTOLSTWA MŁODZIEŻY
ARCHIDIECEZJI PRZEMYSKIEJ**



I. INFORMACJE DOTYCZĄCE KANDYDATA NA ANIMATORA RAM:

1. Nazwisko i imię:.....
2. Data i miejsce urodzenia:.....
3. Adres zamieszkania:.....
4. PESEL:.....
7. Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku (*nazwisko i imię, adres, telefon kontaktowy*):.....

II. INFORMACJE ZDROWOTNE O KANDYDACIE NA ANIMATORA RAM:

1. Kandydat choruje przewlekłe*: **tak** (na co) / **nie**
3. Zażywa stałe leki (jakie i dawka):
4. Kandydat jest uczulony* : **tak** (podać na co np. nazwa leku, rodzaj pokarmu) / **nie**
5. Informacje o szczepieniach ochronnych (wraz z podaniem roku lub przedstawienie książeczki zdrowia z aktualnym wpisem szczepień): tężec....., błonica....., dur....., inne.....
6. Inne uwagi o zdrowiu kandydat.....

**nieprawidłowe skreślić*

III. OŚWIADCZENIE ZDROWOTNE:

- ❖ Zaświadczam, że podałem/am wszystkie znane mi informacje o zdrowiu kandydata, które pozwolą na zapewnienie właściwej opieki podczas pobytu na 39. Studium Animatora RAM.
- ❖ Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na udzielenie pomocy ambulatoryjnej mojemu dziecku w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia. Wyrażam zgodę by mogło być ono operowane lub poddane zabiegowi chirurgicznemu.
- ❖ Zobowiązuje się do odebrania dziecka ze Studium Animatora RAM w ciągu 12 godz. jeśli pojawią się objawy chorobowe obligujące do wyjazdu dziecka ze Studium.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis rodzica lub prawnego opiekuna)