

**OŚWIADCZENIE O ODPOWIEDZIALNOŚCI OPIEKUNA PRAWNEGO
ZA MAŁOLETNIEGO/ OSOBĘ Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ – KANDYDATA NA
CZŁONKA STOWARZYSZENIA STRZELECKO-KOLEKCJONERSKIEGO
„DYCHA”**

Ja niżej podpisany/a,

Imię:.....

Nazwisko:.....

Dokument tożsamości (dowód osobisty/ paszport):.....**

Adres zamieszkania:.....

Numer telefonu kontaktowego:

oświadczam, że jestem rodzicem/prawnym opiekunem* małoletniego/ osoby z niepełnosprawnością* - kandydata na członka Stowarzyszenia Strzelecko-Kolekcjonerskim „DYCHA”.

Imię:.....

Nazwisko.....

Data urodzenia.....

Wyrażam zgodę na członkostwo mojego dziecka/ podopiecznego/ej/ osoby z niepełnosprawnością*.

Oświadczam, iż znane są mi informacje zawarte w statucie i regulaminie Stowarzyszenia Strzelecko-Kolekcjonerskiego „DYCHA” i zobowiązuję się do przekazania zawartych tam informacji w/w małoletniemu/ osobie z niepełnosprawnością* w sposób dla niego zrozumiały.

Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań lekarskich, aby moje dziecko/podopieczny/a/ osoba z niepełnosprawnością uczestniczył/o/a* było członkiem Stowarzyszenia „DYCHA”

Oświadczam, że jestem świadomy/a charakteru uczestnictwa mojego dziecka/ podopiecznego/ej/ osoby z niepełnosprawnością* w Stowarzyszeniu Strzelecko-Kolekcjonerskim „DYCHA”.

W sytuacjach nagłych, w szczególności zagrażających zdrowiu lub życiu mojego dziecka/podopiecznego/osoby z niepełnosprawnością, **upoważniam innych członków Stowarzyszenia do podejmowania wszelkich niezbędnych decyzji dotyczących zapewnienia bezpieczeństwa, w tym udzielenia pierwszej pomocy oraz wezwania służb medycznych lub innych właściwych służb.**

1. Niniejsza zgoda obejmuje również prawo do wyrażenia zgody w moim imieniu na udzielenie świadczeń zdrowotnych mojemu dziecku/ podopiecznemu/ osobie z niepełnosprawnością przez personel medyczny w zakresie niezbędnym do ratowania zdrowia i życia – zgodnie z art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

2. Upoważnienie obejmuje w szczególności

- Prawo do wydawania dziecku/ podopiecznemu/ osobie z niepełnosprawnością wiążących poleceń mających na celu zapewnienie bezpieczeństwa.
- Prawo do podjęcia decyzji o przerwaniu udziału dziecka/ podopiecznego/ osobie z niepełnosprawnością w zajęciach w przypadku stwierdzenia zagrożenia.
- Prawo do udzielenia pierwszej pomocy.
- Prawo do wezwania odpowiednich służb ratunkowych, w tym zespołu ratownictwa medycznego.
- Prawo do wyrażenia zgody w moim imieniu na udzielenie dziecku/ podopiecznemu/ osobie z niepełnosprawnością niezbędnych świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta – w zakresie koniecznym do ratowania życia lub zdrowia małoletniego/ podopiecznego/ osobie z niepełnosprawnością.

3. Podstawę niniejszego oświadczenia stanowią przepisy:

- art. 95–98 Kodeksu cywilnego (zakres wykonywania władzy rodzicielskiej),
- art. 162 Kodeksu karnego (obowiązek udzielenia pomocy osobie znajdującej się w położeniu grożącym bezpośrednim niebezpieczeństwem utraty życia albo ciężkiego uszczerbku na zdrowiu),
- art. 17 ust. 2 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (zgoda przedstawiciela ustawowego na udzielenie świadczeń zdrowotnych małoletniemu).

4. **Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż wszelkie działania podejmowane przez innych członków Stowarzyszenia w sytuacjach nagłych mają charakter interwencji koniecznych i podejmowane są wyłącznie w interesie bezpieczeństwa mojego dziecka/ podopiecznego/ osoby z niepełnosprawnością.**

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna

PROSZE WYPEŁNIĆ PISMEM DRUKOWANYM

*) niepotrzebne skreślić.

**) dane gromadzone na podstawie Rozporządzenia MSWiA z dnia 4 marca 2002 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie wzorcowego regulaminu strzelnic Dziennik Ustaw Nr 23, Poz. 238