POTVRDA – SUGLASNOST

roditelja/skrbnika za sudjelovanje djeteta na aktivnosti _____
(upisati puni naziv aktivnosti)

Svojim potpisom ove izjave, kao roditelj/skrbnik potvrđujem i izražavam suglasnost da:

IME I PREZIME SUDIONIKA: _____

DATUM I GODINA ROĐENJA: _____ **OIB:** | | | | | | | | | | | |

IZVIĐAČKA UDRUGA: _____

u razdoblju od ___. ___. do ___. ___. _____. god boravi u/na _____ te sudjeluje u programu aktivnosti _____ u organizaciji Saveza izviđača Hrvatske.

Izjavljujem da sudionik **BOLUJE - NE BOLUJE** (zaokružiti) od kroničnih bolesti i/ili alergija te **DA - NE** (zaokružiti) postoji potreba redovitog uzimanja lijekova. Ako sudionik boluje, molimo navedite naziv(e) bolesti i alergija te potrebu uzimanja lijekova:

	KRONIČNA BOLEST, STANJE ILI TEŠKOĆA	NAZIV LIJEKA	NAČIN I PERIOD DOZIRANJA
1.			
2.			
3.			

Ako sudionik **iz ZDRAVSTVENIH RAZLOGA** ne smije jesti određene namirnice, navesti koje:

_____

Ako konzumira specifičan način prehrane, zaokružiti koji: **BEZGLUTENSKI** **VEGETARIJANSKI** **VEGANSKI**

Izjavljujem da sam upoznat/a s planom aktivnosti te dopuštam sudioniku sudjelovanje u programu aktivnosti. Kao roditelj/skrbnik **obvezujem se uputiti sudionika o odgovornom ponašanju tijekom putovanja i sudjelovanja** na aktivnosti, o poštivanju odgovornih voditelja te prihvaćam punu moralnu, materijalnu i kaznenu odgovornost za eventualnu štetu koju će počiniti, a koju sam voljan/voljna podmiriti temeljem ispostavljenog računa.

U slučaju neposluha i kršenja izviđačkih pravila tijekom putovanja i boravka na aktivnosti, **suglasan/suglasna sam da se sudioniku uskrati pravo daljnjeg boravka aktivnosti** i spreman/spremna sam doći po sudionika u roku 24 sata od obavijesti odgovornog voditelja.

Suglasan/suglasna sam da **sudionik bude fotografiran, tonski i/ili vizualno sniman** te da se snimke mogu javno koristiti u svrhu promocije izviđačkog pokreta i Saveza izviđača Hrvatske.

Suglasan/suglasna sam da **se prema potrebi sudioniku pruži hitna medicinska pomoć** bez mog osobnog prisustva te da se prema procjeni liječnika dijete vrati na aktivnost nakon pružene pomoći..

Upoznat/a sam da organizator aktivnosti Savez izviđača Hrvatske i izviđačka udruga koje je moje dijete član/ica **ne preuzima odgovornost za osobne stvari** (mobitel, fotoaparat i sl.) u slučaju otuđenja, gubitka, kvara ili uništenja.

IME I PREZIME RODITELJA/SKRBNIKA: _____

KONTAKT BROJ TELEFONA: _____

U _____ _____ . godine _____
(upisati mjesto i datum) potpis roditelja/skrbnika

SCOUT AND GUIDE ASSOCIATION OF CROATIA