

Egyéni felelősségvállalási nyilatkozat tartós betegség esetén
(kiskorú önkéntes)

Alulírott,

Név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

Telefonszám:

E-mail cím:

kijelentem, hogy kiskorú gyermekem

Név:

Születési hely, idő:

Lakcím:

a WOL Élet Szava Magyarország Alapítvány által között tartott táborában saját felelősségére vesz részt, felelős a saját egészségi és fizikai állapotáért. A WOL Élet Szava Magyarország Alapítvány az én kifejezett kérésemre fogadja gyermekemet a táborba, mint önkéntest, amit egészségügyi állapota mellett is biztonságosnak tartok.

Tudomásom van róla és tudomásul veszem, hogy - amennyiben gyermekemnek rendszeresen gyógyszert kell szednie - az Alapítványnak nincs módjában ezt mindig felügyelni és meggyőződni arról, hogy gyermekem minden gyógyszert beszed, mindig a megfelelő időpontban. Kötelezettséget vállalok arra, hogy a szükséges gyógyszereket biztosítom gyermekem számára a önkéntesség teljes idejére, illetve felelősséget vállalok, hogy képes azokat önállóan szedni.

Tudomásul veszem, hogy amennyiben kiskorú gyermekemnek bármilyen egészségügyi tünete jelentkezne tartós betegségéből adódóan, a WOL Élet Szava Magyarország Alapítványt semmilyen felelősség nem terheli, és emiatt semmilyen igényt nem támasztok az Alapítvány felé.

Tudomásul veszem, hogy ha gyermekem tartós betegsége miatt nem tud tovább részt venni a táborban, akkor legkésőbb 6 órán belül gondoskodom a hazaviteléről, valamint amennyiben orvosi ellátásra lenne szüksége - sürgősségi esetet leszámítva - arról én gondoskodom számára.

Kelt:

Aláírás: