

ZAJEDNICA SPORTSKIH UDRUGA GRADA KOPRIVNICE

„MALA SPORTSKA ŠKOLA“

IZJAVA

Ovom izjavom potvrđujem da moje dijete _____, **NE BOLUJE** ni od kakve kronične bolesti (npr. bronhitis, astma, bronhijalna astma, alergija, epilepsija, posljedice potresa mozga, bolesti i stanja lokomotornog sustava,...), KOJA BI GA MOGLA SPRJEČAVATI u praćenju cjelokupnog programa "Male sportske škole", školske godine 2014./2015.

Također se obvezujem da ću, ukoliko tijekom godine dijete oboli od neke gore navedene ili slične bolesti, pravodobno izvijestiti voditelje „Male sportske škole“ i podastrijeti potrebitu liječničku dokumentaciju. Ukoliko to ne učinim pravodobno ili uopće ne učinim, snosim potpunu odgovornost za eventualne posljedice po zdravlje mojeg djeteta.

OVI PODACI SLUŽE ISKLJUČIVO KAO INFORMACIJA VODITELJIMA „MALE SPORTSKE ŠKOLE“ U SVRHU SIGURNOSTI SUDJELOVANJA VAŠEG DJETETA U RADU „MALE SPORTSKE ŠKOLE“ I U DRUGE SVRHE SE NEĆE KORISTITI.

RODITELJ ILI STARATELJ (tiskanim slovima): _____ potpis: _____

Štovani roditelji ili staratelji,

UKOLIKO VAŠE DIJETE **VEĆ IMA** NEKI OD GORE NAVEDENIH ZDRAVSTVENIH PROBLEMA, MOLIM VAS DA UZ OVU IZJAVU DOSTAVITE I MEDICINSKU DOKUMENTACIJU.

Sa štovanjem, voditelji „Male sportske škole“.