|  |  |
| --- | --- |
| **Име и презиме члана вода** | **Датум рођења** |
|  |  |

**Подаци о сталним и хроничним болестима:**

**Пливач:**

**ДА НЕ**

**Подаци о преосетљивости на поједине лекове, вакцине, серуме и сл.:**

**Подаци о медицинским забранама и сл.:**

**Остале напомене:**

Потпис родитеља или старатеља Потпис старешине одреда

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

У \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Дана:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Напомена:

У складу са Правилима организовања, Пропозицијама такмичења и Етичким кодексом Извиђачких игара Савеза извиђача Србије.

Подаци из ове лекарске потврде ће се користити искључиво у интерне потребе и неће се, без изричите сагласности, откривати, објављивати и прослеђивати трећим лицима.

ЗА ЧЛАНA\* ВОДА

ОДРЕДА ИЗВИЂАЧА

ИЗ

На Извиђачким играма Србије 2024

Сагласан/a сам са учествовањем доле наведеног члана екипе и изјављујем да су члан\* вода и родитељи или старатељ упознати са Правилима организовања, пропозицијама такмичења и

етичким кодексом Извиђачих игара Савеза извиђача Србије.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Име (име родитеља) и презиме  члана вода | Датум и година рођења | ЈМБГ | Број чланске књижице СИС-а |
|  |  |  |  |

унети штампаним словима

Родитељ

(потпис)

Старешина Одреда

(име и презиме)

М. П.

(потпис) (датум)