**Медыцынская карта ўдзельніка**

**X Парафіяды дзяцей і моладзі**

**Гродзенскай дыяцэзіі**

**18-21 чэрвеня 2018 года, г. Гродна**

**Імя і прозвішча ўдзельніка ........................................................................................**

**Парафія…………………………………………………………………….....................**

**Горад / вёска…………………………………………………………………………….**

**I. ЗАКЛЮЧЭННЕ ЎРАЧА**

1. Пасля абследавання дзіцяці сцвярджаю, што дзіця можа /не можа быць удзельнікам масавых мерапрыемстваў...........................................................................................................

2.Дзіця можа /не можа прымаць удзел у спартыўных спаборніцтвах ……………...……... ………………………………………………………………………………………………...…

3. Рэкамендацыі для медыцынскай апекі:

.......................................................................................................................................................

.................................. .........................................................

*Дата подпіс і пячатка ўрача*

**II. ЗАЯВА БАЦЬКОЎ (АПЕКУНОЎ)**

Даём згоду на ўдзел нашага дзіцяці ў X Парафіядзе дзяцей і моладзі Гродзенскай дыяцэзіі з 18 па 21 чэрвеня 2018 г. Асоба, якая адказвае за яго прабыванне:

.......................................................................................................................................................

(імя і прозвішча апекуна)

**Заўвагі бацькоў, якія датычацца здароўя дзіцяці: хваробы, супрацьпаказанні, дыета і інш.**

.......................................................................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………...

У асаблівых выпадках удзельнік можа быць адпраўлены з Парафіяды пасля паведамлення пра гэта бацькам.

................................................. ................................................ *Подпіс удзельніка Подпіс бацькоў*

**\* УВАГА! Да медыцынскай карты неабходна далучыць ксеракопію пашпарта (старонкі 31-33)!**