

FORMULAR DE CONSIMȚĂMÂNT PENTRU TRATAMENT MEDICAL DE URGENȚĂ

Informații despre Organizator:

S.C. TABARA DE AVIATIE S.R.L. - CUI: 51452973 - Număr de înregistrare la Registrul Comerțului: J2025018381004 - Sediul social: Str. Jean Athanasie nr. 17, et. 1, ap. 4 - Telefon: - Email: mihai.sturzu@gmail.com - Website: www.tabaradezbor.ro - Cont bancar: RO49 CECE B000 30RO N362 0020, deschis la CEC BANK, reprezentată legal prin Mihai Sturzu, în calitate de Administrator

1. DATE DE IDENTIFICARE

1.1. Date privind minorul participant:

Nume și prenume: _____

CNP: _____

Data nașterii: _____

1.2. Date privind părinții/tutorii legali:

Părinte/Tutore 1:

Nume și prenume: _____

CNP: _____

Adresă: _____

Telefon mobil (disponibil 24/7): _____

Email: _____

Relația cu minorul: _____

Părinte/Tutore 2:

Nume și prenume: _____

CNP: _____

Adresă: _____

Telefon mobil (disponibil 24/7): _____

Email: _____

Relația cu minorul: _____

1.3. Persoană de contact alternativă în caz de urgență (dacă părinții/tutorii nu pot fi contactați):

Nume și prenume: _____

Relația cu minorul: _____

Telefon mobil (disponibil 24/7): _____

2. INFORMAȚII MEDICALE ESENȚIALE

2.1. Medic de familie:

Nume și prenume: _____

Unitatea medicală: _____

Telefon: _____

2.2. Asigurare medicală:

Companie de asigurări: _____

Număr poliță: _____

Valabilitate: _____

2.3. Informații medicale relevante:

2.3.1. Grupa sanguină (dacă este cunoscută): _____

2.3.2. Alergii (vă rugăm să specificați toate alergiile cunoscute):

Alergii alimentare: _____

Alergii la medicamente: _____

Alergii la înțepături de insecte: _____

Alte alergii: _____

Descrieți reacțiile alergice tipice și gravitatea acestora: _____

2.3.3. Afecțiuni medicale existente (bifați și detaliați toate cele aplicabile):

Astm bronșic: _____

Diabet: _____

Epilepsie: _____

Afecțiuni cardiace: _____

Afecțiuni renale: _____

Probleme de coagulare a sângelui: _____

Migrene: _____

Tulburări de anxietate: _____

Tulburări de atenție (ADD/ADHD): _____

Alte afecțiuni: _____

2.3.4. medicație curentă:

Medicament	Dozaj	Frecvența administrării	Motivul administrării
------------	-------	-------------------------	-----------------------

Notă: Toate medicamentele trebuie predate organizatorului la începutul taberei, în ambalajul original, împreună cu instrucțiunile de administrare clare.

2.3.5. Restricții de activitate:

Fără restricții de activitate

Restricții de activitate (vă rugăm să detaliați): _____

2.3.6. Intervenții chirurgicale anterioare relevante:

2.3.7. Alte informații medicale relevante:

3. CONSIMȚĂMÂNT PENTRU TRATAMENT MEDICAL DE URGENȚĂ

Subsemnatul/Subsemnata _____, în calitate de părinte/tutore legal al minorului _____, prin prezenta:

3.1. Autorizez Organizatorul taberei, reprezentanții săi și personalul medical asociat:

3.1.1. Să acorde primul ajutor minorului, în caz de necesitate;

3.1.2. Să contacteze serviciile medicale de urgență (ambulanță, SMURD) în cazul unei urgențe medicale;

3.1.3. Să transporte minorul la cea mai apropiată unitate medicală adecvată, în caz de urgență;

3.1.4. Să autorizeze examinările medicale, tratamentele, procedurile, anesteziile și/sau intervențiile chirurgicale considerate necesare de către personalul medical calificat, în situații de urgență când nu pot fi contactați părinții/tutorii legali într-un interval de timp rezonabil;

3.1.5. Să administreze medicația de urgență de bază (conform listei de mai jos), dacă este necesar:

- Antitermice (paracetamol, ibuprofen) în dozaj adecvat vârstei
- Antihistaminice pentru reacții alergice ușoare/moderate
- Medicamente pentru afecțiuni digestive minore (diaree, constipație)
- Dezinfectante și antiseptice pentru răni superficiale
- Creme pentru arsuri ușoare, înțepături de insecte, iritații
- Alte medicamente de bază pentru situații de urgență

3.1.6. Să administreze medicația prescrisă menționată în secțiunea 2.3.4, conform instrucțiunilor;

3.1.7. Să comunice informațiile medicale ale minorului către personalul medical calificat, în caz de urgență.

3.2. Informații suplimentare și restricții:

3.2.1. Medicație interzisă (medicamente la care minorul a avut reacții adverse anterioare):

3.2.2. Limitări specifice ale consimțământului (dacă există):

4. DECLARAȚII ȘI RESPONSABILITĂȚI

4.1. Declar că informațiile medicale furnizate în acest formular sunt complete, corecte și actualizate la data semnării.

4.2. Înțeleg și accept că:

- Acest consimțământ se acordă pentru situații de urgență medicală, când părinții/tutorii nu pot fi contactați în timp util
- Organizatorul va depune toate eforturile pentru a contacta părinții/tutorii înainte de a lua decizii medicale importante
- Organizatorul nu poate fi tras la răspundere pentru consecințele tratamentelor medicale acordate cu bună credință în situații de urgență
- În cazul unei urgențe medicale, minorul va fi transportat la cea mai apropiată unitate medicală adecvată situației

4.3. Mă angajez să:

- Comunic Organizatorului orice modificări ale informațiilor medicale înainte de începerea taberei

FORMULARUL TREBUIE PREZENTAT OBLIGATORIU LA ÎNCEPEREA TABEREI

- Furnizez medicația necesară în cantitate suficientă pentru întreaga durată a taberei
- Acopăr eventualele costuri medicale care depășesc acoperirea asigurării medicale a minorului
- Preiau minorul în cel mai scurt timp posibil, pe cheltuiala proprie, în cazul în care starea sa de sănătate nu îi permite continuarea taberei

4.4. Înțeleg că toate costurile medicale care nu sunt acoperite de asigurarea medicală a minorului vor fi suportate de către mine.

5. VALABILITATE ȘI ÎNCETARE

5.1. Acest consimțământ este valabil pe întreaga durată a taberei.

5.2. Consimțământul poate fi retras oricând, în scris, însă retragerea consimțământului poate duce la imposibilitatea participării minorului la tabără.

6. SEMNĂTURI

Prin semnarea acestui formular, confirm că am citit, am înțeles și sunt de acord cu toate prevederile de mai sus.

Părinte/Tutore 1:

Nume și prenume: _____

Semnătura: _____

Data: _____

Părinte/Tutore 2:

Nume și prenume: _____

Semnătura: _____

Data: _____

Notă: Semnarea formularului se va face de către ambii părinți/tutori legali. În cazul în care un singur părinte/tutore semnează, acesta declară că are acordul celuilalt părinte/tutore sau că exercită singur autoritatea părintească.

Conform Regulamentului (UE) 2016/679 (GDPR), informațiile medicale reprezintă date cu caracter special și vor fi tratate cu strictă confidențialitate, fiind utilizate exclusiv în scopul asigurării siguranței și sănătății minorului.