

**Tėvų leidimas vykti į skautų stovyklą** *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*dokumento pasirašymo vieta ir data*

Aš sutinku, kad mano sūnus/ dukra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*vardas, pavardė, gimimo data*

dalyvautų \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*stovyklos pavadinimas*

* Sutinku, kad šios stovyklos metu (nuo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ iki \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ), esant būtinybei, mano vaikui  
   *metai, mėnuo, diena mėnuo, diena*   
  būtų suteikta pirmoji medicininė pagalba, ir, nepavykus susisiekti su tėvais, būtų tęsiamas gydymas.
* Sutinku, kad vadovas (-ė) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ atstovautų mano vaikui gydymo įstaigoje.   
   *vardas, pavardė, gimimo data*
* Sutinku / nesutinku, kad mano vaiko pateikti duomenys būtų naudojami komunikacijai su Jumis.
* Sutinku / nesutinku, kad mano vaiko pateikti duomenys būtų naudojami renginio dalyvių sąrašo sudarymui.
* Sutinku / nesutinku, kad renginio filmuojamoje ar fotografuojamoje medžiagoje gali atsirasti mano vaiko atvaizdas, kuris gali būti panaudojamas Lietuvos skautijos vykdomų veiklų viešinimo tikslais.

*Prašome atsakyti į žemiau pateiktus klausimus apie Jūsų vaiką:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Taip** | **Ne** | **Pastabos** |
| Mano vaikas alergiškas |  |  |  |
| Mano vaikui leidžiama maudytis vandens telkinyje |  |  |  |
| Mano vaikas gali dalyvauti visuose užsiėmimuose |  |  |  |
| Mano vaikas skiepytas nuo erkių sukeliamų ligų |  |  |  |
| Mano vaikas yra apdraustas nuo nelaimingų atsitikimų |  |  |  |
| Mano vaikas stovykloje turi kišenpinigių |  |  |  |
| Nurodykite, jei Jūsų vaikas serga viena iš šių ligų: epilepsija, bronchinė astma, cukrinis diabetas  Kitos ligos, kurios reikalauja atidesnės vadovų priežiūros: | | | |
| Mano vaikas vartoja vaistus, todėl šiai stovyklai įdedu jam reikalingų vaistų (nurodykite, kaip juos vartoti): | | | |
| **\*** Mano vaikas | | | |

* Dėl neatsakingo vaiko elgesio stovyklos ir galimų traumų per ekskursijas ir žygius organizatoriams priekaištų neturėsiu.
* Įsipareigoju atlyginti tyčiniais ir aplaidžiais veiksmais padarytus nuostolius.
* Jūsų asmens duomenis saugome ne ilgiau, negu to reikia dėl tikslų, kuriais jie buvo surinkti, arba tokį laikotarpį, kokį numato teisės aktai.

Patvirtinu, jog mano pateikti duomenys yra teisingi.

Su prieš tai išvardintomis sąlygomis sutinku.

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

(Vardas Pavardė, Parašas)