

**Saglasnost roditelja/staratelja za učešće maloletnog lica**

Ime i prezime sina/ćerke:	
Učešće:	Radionica "Mala škola farmacije"
Ustanova:	Farmaceutski fakultet, Novi Sad
Mesto:	Novi Sad - Heroja Pinkija 4
Datum:	Novi Sad 20-29.04.2026.
Izjava:	
Saglasan/saglasna sam da moj sin/ćerka _____ učestvuje na Takmičenju "Moja ideja za budućnost farmacije" u organizaciji Farmaceutskog fakulteta, Novi sad i slažem se da on/ona učestvuje u navedenim aktivnostima. Svestan/svesna sam da moj sin/ćerka treba da se ponaša odgovorno tokom trajanja ovog događaja i kao roditelj sam upoznat/a sa aktivnostima tokom događaja	
Saglasan/saglasna sam da moj sin/ćerka primi hitnu medicinsku pomoć u slučaju potrebe, kako naloži prisutno medicinsko lice.	
Saglasan sam da se fotografije sa ovog događaja /gde će učesnici biti fotografisani, snimani/ koristite u promotivne svrhe Farmaceutskog fakulteta Novi Sad.	
Kontakt za hitne slučajeve:	
Ime i prezime roditelja/staratelja:	
Telefon na poslu:	
Mobilni telefon:	
Kućna adresa:	
Potvrđujem da su mi razumljive sve informacije koje su mi date u ovom formularu.	
Potpis (roditelj/staratelj):	
Ime i prezime štampanim slovima:	
Datum:	