Saglasnost roditelja/staratelja za učešće maloletnog lica

Ime i prezime sina/ćerke:	
Učešće:	**“Moja ideja za budućnost farmacije”**
Mesto:	Novi Sad, Niš
Datum:	
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.	
Informacije o ishrani	
Ukoliko Vaš sin/ćerka ima specijalan režim ishrane (vegetarijanac, verski razlozi, alergija i sl.) molimo Vas da to navedete	
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:	