



KOMISIJA ZA PLANINARSKÉ STAZE
PLANINARSKOG SAVEZA FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE
Terezija bb – Centar ‘Skenderija’, 71000 Sarajevo, Bosna i Hercegovina
Tel: +387 (0) 33 55 56 86, e-mail: komisija.za.staze.psfbih@gmail.com



SAGLASNOST RODITELJA/STARATELJA
ZA UČESTVOVANJE MALOLJETNOG DJETETA NA OBUCI ZA MARKACISTE

Ja, dolepotpisani/a,

PODACI O RODITELJU/STARATELJU:

Ime i prezime:

Adresa stanovanja:

Kontakt telefon:

E-mail adresa:

Broj lične karte/pasoša:

kao roditelj/staratelj maloljetnog/e:

PODACI O DJETETU:

Ime i prezime djeteta:

Datum rođenja djeteta:

JMBG djeteta (opciono):

DAJEM SAGLASNOST

da moje/a djete/štićenik/ca učestvuje na:

PODACI O OBUCI:

Naziv obuke: Obuka za markaciste planinarskih staza

Organizator obuke: Planinarski savez FBiH / Komisija za planinarske staza FBiH

Mesto i datum održavanja obuke:



KOMISIJA ZA PLANINARSKÉ STAZE
PLANINARSKOG SAVEZA FEDERACIJE BOSNE I HERCEGOVINE
Terezija bb – Centar ‘Skenderija’, 71000 Sarajevo, Bosna i Hercegovina
Tel: +387 (0) 33 55 56 86, e-mail: komisija.za.staze.psfbih@gmail.com



POTVRĐUJEM I IZJAVLJUJEM SLEDEĆE:

1. Upoznat/a sam sa programom i ciljevima navedene obuke, koja uključuje teorijski i praktični rad na terenu (planinsko okruženje, šumske staze, promenljivi vremenski uslovi i slično), kao i sa rizicima koje takve aktivnosti nose.
2. Potvrđujem da je moje dijete fizički i psihički sposobno za učešće na obuci.
3. Pristajem da se moje dijete pridržava svih uputstava, pravila i bezbjedonosnih mjera koje propisuje organizator obuke i ovlašćeni instruktori/predavači.
4. U slučaju potrebe za hitnom medicinskom intervencijom ili zdravstvenim problemom djeteta, dajem ovlašćenje rukovodiocu obuke/organizatoru da preduzme sve neophodne korake za pružanje pomoći, uključujući transport do najbliže zdravstvene ustanove.
5. Organizator obuke je oslobođen odgovornosti za eventualne nezgode ili povrede koje nastanu usled nepoštovanja datih pravila i uputstava od strane djeteta, ili usled okolnosti na koje organizator nije mogao uticati.

POSEBNE ZDRAVSTVENE NAPOMENE (alergije, hronične bolesti, terapije):

.....

.....

.....

Datum davanja saglasnosti:

Potpis roditelja/staratelja: