**Zał. 1.**

**Lista studentów, biorących udział w ćwiczeniach terenowych poza terenem UMCS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko studenta | 1. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z regulaminem ćwiczeń terenowych 2. Oświadczam, że na czas ich trwania jestem ubezpieczony od NNW. 3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z realizacją ćwiczeń terenowych poza UMCS. |
| 1. | Jan Kowalski | *Podpis studenta* |
|  |  |  |

**Zał. 2.**

**Lista studentów, biorących udział w zajęciach dydaktycznych poza terenem UMCS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko studenta | 1. Wyrażam zgodę na realizację zajęć poza terenem UMCS 2. Oświadczam, że na czas ich trwania jestem ubezpieczona/ny od NNW. 3. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z regulaminem zajęć poza UMCS 4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z realizacją zajęć dydaktycznych poza terenem UMCS. |
| 1. | Jan Kowalski | *Podpis studenta* |
|  |  |  |

Załącznik 3

Lublin, dnia …………………………

Imię i nazwisko studenta ………………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| LP | CHOROBA | TAK | UWAGI | NIE |
| 1. | Alergia |  |  |  |
| 2. | Astma |  |  |  |
| 3. | Epilepsja |  |  |  |
| 4. | Cukrzyca |  |  |  |
| 5. | Gruźlica |  |  |  |
| 6. | Choroby tarczycy |  |  |  |
| 7. | Schizofrenia |  |  |  |
| 8. | Owrzodzenia |  |  |  |
| 9. | Nowotwory |  |  |  |
| 10. | Choroby układu krążenia |  |  |  |
| 11. | Inne (wypisz, jakie) |  |  |  |

\*odpowiedzi proszę zaznaczyć krzyżykiem [X]

………………………………….. czytelny podpis Studenta