

....., dnia .....

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ UCZESTNICZĄCEJ  
W DNIACH MŁODYCH ARCHIDIECEZJI SZCZECIŃSKO-KAMIEŃSKIEJ**

Niniejszym oświadczam, że zgadzam się na udział mojej/mojego\* córki/syna\*

.....  
(imię i nazwisko)

w wyjeździe organizowanym przez .....  
podać nazwę parafii lub wspólnoty / szkoły i miejscowość

na Archidiecezjalne Dni Młodych organizowane w dniach 1-3 maja 2018 r. w Goleniowie.

Zobowiązuję się również do poinformowania opiekuna grupy o chorobach mojego dziecka oraz do przekazania leków, które ono zażywa. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em\* się z regulaminem Dni Młodych.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich koniecznych zabiegów medycznych w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego dziecka.

.....  
(podpis prawnego opiekuna)

\*niepotrzebne skreślić

....., dnia .....

....., dnia .....

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ UCZESTNICZĄCEJ  
W DNIACH MŁODYCH ARCHIDIECEZJI SZCZECIŃSKO-KAMIEŃSKIEJ**

Niniejszym oświadczam, że zgadzam się na udział mojej/mojego\* córki/syna\*

.....  
(imię i nazwisko)

w wyjeździe organizowanym przez .....  
podać nazwę parafii lub wspólnoty / szkoły i miejscowość

na Archidiecezjalne Dni Młodych organizowane w dniach 1-3 maja 2018 r. w Goleniowie.

Zobowiązuję się również do poinformowania opiekuna grupy o chorobach mojego dziecka oraz do przekazania leków, które ono zażywa. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em\* się z regulaminem Dni Młodych.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich koniecznych zabiegów medycznych w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego dziecka.

.....  
(podpis prawnego opiekuna)

\*niepotrzebne skreślić

....., dnia .....