

..... 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 3-4 października 2020 r. w Chojnie.

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