ZAŁĄCZNIK 5

. . . . . , 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 2017 r. w Goleniowie.

Zobowiązuję się również do poinformowania opiekuna grupy o chorobach mojego dziecka oraz do przekazania leków, które ono zażywa. Jednoczenie 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