

**OŚWIADCZENIE OSOBY PEŁNOLETNIEJ
UCZESTNICZĄCEJ W DIECEZJALNYCH DNIACH MŁODYCH DIECEZJI RADOMSKIEJ**

Uczestnik:
(imię i nazwisko)

Parafia:
(nazwa parafii, miejscowość)

Centrum:
(nazwa Centrum Duszpasterstwa Młodzieży)

Opiekun grupy:
(imię i nazwisko opiekuna grupy)

Kontakt:
(numer telefonu)

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA
PRZYJMOWANE LEKI
DODATKOWE UWAGI

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Młodzi Radom w celach logistyczno-informacyjnych, związanych z organizacją Diecezjalnych Dni Młodych. Oświadczam, że swoje dane podaje dobrowolnie i mam świadomość możliwości wglądu do nich oraz ich edycji, w tym również usunięcia ich. Oświadczam, że podane przeze mnie informacje dotyczące stanu zdrowia oraz przyjmowanych przeze mnie leków są prawdziwe. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich koniecznych zabiegów medycznych w stanach zagrażających mojemu życiu lub zdrowiu. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em* się z Regulaminem Diecezjalnych Dni Młodych i akceptuję jego postanowienia.

.....
(czytelny podpis)

*niepotrzebne skreślić