

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ
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)

Rodzic/Opiekun prawny*:
(imię i nazwisko)

Kontakt:
(numer telefonu rodzica)

INFORMACJE O STANIE ZDROWIA DZIECKA
PRZYJMOWANE LEKI
DODATKOWE UWAGI

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w Diecezjalnych Dniach Młodych organizowanych w dniach 14-16 czerwca 2019 r. w Muzeum Wsi Radomskiej. Zgadzam się na przetwarzanie jego danych osobowych oraz wizerunku. Oświadczam, że podane przeze mnie informacje dotyczące stanu zdrowia dziecka oraz przyjmowanych przez nie leków są prawdziwe. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich koniecznych zabiegów medycznych w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego dziecka. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em* się z regulaminem Diecezjalnych Dni Młodych.

.....
(czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna)

*niepotrzebne skreślić