

.....  
*miejsowość, data*

**ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH  
NA UCZESTNICTWO DZIECKA W GOLGOCIE MŁODYCH**

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka:

---

*imię i nazwisko dziecka*

PESEL: \_ \_ \_ \_ \_

w Ogólnopolskim Spotkaniu Młodzieży Golgota Młodych „ROZŁAM” organizowanym przez Zakon Braci Mniejszych Kapucynów Prowincji Warszawskiej w dniach od 22 do 26 sierpnia 2019 w Serpelicach nad Bugiem.

Dane rodzica/opiekuna prawnego:

Imię i nazwisko .....

Numer telefonu .....

Jeśli zaistnieje potrzeba wyrażam zgodę na udzielanie przez lekarzy informacji medycznych na temat zdrowia mojego dziecka, a także zgadzam się na podejmowanie decyzji dotyczących mojego dziecka przez Organizatora.

Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami i regulaminem Ogólnopolskiego Spotkania Młodzieży Golgota Młodych 2019 „ROZŁAM” oraz polityką ochrony prywatności stosowaną przez Organizatorów (dostępne na stronie internetowej Spotkania).

*Podpisy rodziców (obojga) lub opiekunów prawnych*