...................................................., dnia ................................

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ**

**UCZESTNICZĄCEJ W REKOLEKCJACH ORGANIZOWANYCH**

**PRZEZ KURIĘ METROPOLITALNĄ SZCZECIŃSKO-KAMIEŃSKĄ**

Niniejszym oświadczam, że zgadzam się na udział mojej/mojego\* córki/syna\*

........................................................................................................................................

(imię i nazwisko)

w rekolekcjach organizowanych w

...................................................................................................................

(miejscowość i data)

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

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich koniecznych zabiegów medycznych
w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego dziecka.

...............................................................................

 (podpis)

\* niepotrzebne skreślić

Imiona rodziców:…………………………………………………………….

Data urodzenia uczestnika: ………………………………………………..

Pesel uczestnika:……………………………………………………………

Nr tel. Kom. uczestnika:……………………………………………………

e-mail uczestnika:…………………………………………………………..

Nr tel. Kom. rodziców:……………………………………………………….

e-mail rodziców:………………………………………………………………

Imię i nazwisko katechety:…………………………………………………..

nr tel. Kom. katechety:………………………………………………………

e-mail katechety:……………………………………………………………..