...................................................., 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*

*-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------*

...................................................., 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*