

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

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ  
UCZESTNICZĄCEJ W DNIACH MŁODYCH ARCHIDIECEZJI  
SZCZECIŃSKO-KAMIEŃSKIEJ**

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

.....  
(imię i nazwisko)

w wyjeździe organizowanym przez .....

.....  
podać nazwę parafii lub wspólnoty / szkoły i miejscowość

na Archidiecezjalne Dni Młodych  
organizowane w dniach 8-10 czerwca 2023 r. w Wolinie.

Zobowiązuję się również do poinformowania opiekuna grupy  
o chorobach mojego dziecka oraz do przekazania leków, które ono  
zażywa. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em\* się  
z regulaminem Dni Młodych.

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

.....  
(podpis prawnego opiekuna)

\*niepotrzebne skreślić

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

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ  
UCZESTNICZĄCEJ W DNIACH MŁODYCH ARCHIDIECEZJI  
SZCZECIŃSKO-KAMIEŃSKIEJ**

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

.....  
(imię i nazwisko)

w wyjeździe organizowanym przez .....

.....  
podać nazwę parafii lub wspólnoty / szkoły i miejscowość

na Archidiecezjalne Dni Młodych  
organizowane w dniach 8-10 czerwca 2023 r. w Wolinie.

Zobowiązuję się również do poinformowania opiekuna grupy  
o chorobach mojego dziecka oraz do przekazania leków, które ono  
zażywa. Jednocześnie oświadczam, że zapoznałam/em\* się  
z regulaminem Dni Młodych.

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

.....  
(podpis prawnego opiekuna)

\*niepotrzebne skreślić