. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . , 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 30 maja - 1 czerwca 2024 r. w Wolinie.

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

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

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

(podpis prawnego opiekuna)

\*niepotrzebne skreślić