

....., 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. Jednocześnie
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