

ZGODA RODZICA/PRAWNEGO OPIEKUNA NA UDZIAŁ W PIELGRZYMCE

Ja niżej podpisana/y wyrażam zgodę na udział mojego dziecka:

..... Imię i Nazwisko uczestnika	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> PESEL uczestnika																					

w **X Śląskiej Pieszej Pielgrzymce do Krakowa** w terminie **1 – 4 maja 2025r.** organizowanej przez Diecezję Gliwicką.




Opiekunem mojego dziecka w trakcie pielgrzymki jest:

..... Imię i Nazwisko opiekuna	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> PESEL opiekuna																					

- Informuję, że dziecko jest zdrowe i nie ma przeciwwskazań do udziału w pielgrzymce.
- Wyrażam zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami chirurgicznymi, w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka przez kierownika lub opiekuna w czasie trwania pielgrzymki.

..... Miejscowość Data Podpis rodzica/prawnego opiekuna Podpis opiekuna
----------------------	---------------	---	--------------------------

Telefony kontaktowe:

-  Uczestnik :
-  Opiekun :
-  Rodzic/prawny opiekun :