

ZGODA RODZICÓW (OPIEKUNÓW)*
NA PRACĘ WOLONTARIUSZA NIEPEŁNOLETNIEGO

Niniejszym wyrażam zgodę na podjęcie pracy przez syna/córkę

.....

w charakterze wolontariusza podczas organizacji i realizacji III charytatywnego Biegu po oddech. Niniejszym oświadczam, że zobowiązuję się zapoznać z Regulaminem Wolontariatu Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą.

Czytelne podpisy obojga rodziców/opiekunów:

.....
(data i podpis prawnego opiekuna)

.....
(data i podpis prawnego opiekuna)

*W przypadku istnienia tylko jednego prawnego opiekuna należy przy złożonym podpisie dopisać: „Jedyny opiekun dziecka”.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich i dziecka danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji działalności Wolontariatu Polskiego Towarzystwa Walki z Mukowiscydozą (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.97 roku o Ochronie Danych Osobowych Dz. Ust. Nr 133 poz 883).

.....
.....
Podpis rodziców/prawnych opiekunów