………………………………………….…………… ...................., dnia……………….  
Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna

………………………………………………………  
Adres zamieszkania

…………………………………………..  
Telefon kontaktowy rodzica

ZGODA RODZICÓW

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka ................................................................................ w Szkoleniu I stopnia KSM organizowanego przez Zarząd Katolickiego Stowarzyszenia Młodzieży Diecezji Tarnowskiej w terminie od …………………………. do ……………………..   
w …………………………………………..

…………………………………………….  
Podpis rodzica lub opiekuna

# OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę na podejmowanie przez kierownika szkolenia decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka. Upoważniam go również do odbioru mojego dziecka ze szpitala po wcześniejszym kontakcie telefonicznym.

Zobowiązuję się do pokrycia kosztów ewentualnych szkód materialnych wyrządzonych przez moje dziecko.

…………………………………………….  
Podpis rodzica lub opiekuna

PESEL dziecka: .............................................  
Nr legitymacji szkolnej: .....................................