

OBOWIĄZKOWO DOSTARCZYĆ W DNIU PRZYJAZDU

Dotyczy uczestnika:.....
(imię i nazwisko)

**Zgoda na podjęcie działań medycznych podczas trwania warsztatów
letnich „Zrozumieć rzeczywistość - Życie to... COŚ WIĘCEJ!”
20-24.08.2025 r.**

Ja, niżej podpisany(a).....

legitymujący się dowodem osobistym o numerze.....

**W razie zagrożenia zdrowia fizycznego lub zagrożenia życia mojego
dziecka/podopiecznego w czasie jego pobytu na warsztatach wyrażam zgodę na:**

- A. Podawanie leków przepisanych przez lekarza pierwszego kontaktu, lekarza specjalistę, lub środków farmakologicznych doraźnych w sytuacji np. gorączki lub bólu
- B. Udzielenia pierwszej pomocy przedmedycznej, w razie potrzeby wezwania pogotowia ratunkowego
- C. Leczenie szpitalne lub przeprowadzenie koniecznego zabiegu operacyjnego

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

**Potwierdzenie zgodności z prawdą danych uczestnika warsztatów letnich
„Zrozumieć rzeczywistość - Życie to... COŚ WIĘCEJ!”
20-24.08.2025 r.**

Ja, niżej podpisany(a).....

legitymujący się dowodem osobistym o numerze.....

Potwierdzam zgodność z prawdą danych wykorzystanych przeze mnie do uzupełnienia formularza elektronicznego podczas zapisów mojego dziecka/podopiecznego na warsztaty letnie z cyklu „Zrozumieć rzeczywistość – Życie to... COŚ WIĘCEJ!”

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

**Zgoda na samodzielny powrót do domu niepełnoletniego uczestnika
warsztatów letnich „Zrozumieć rzeczywistość - Życie to... COŚ
WIĘCEJ!”: 20-24.08.2025 r.**

Ja, niżej podpisany(a).....

legitymujący się dowodem osobistym o numerze.....

**Wyrażam zgodę na samodzielny powrót dziecka z warsztatów letnich „Zrozumieć
rzeczywistość – Życie to ... COŚ WIĘCEJ!” i biorę pełną odpowiedzialność za jego
bezpieczeństwo, zdrowie i życie w drodze powrotnej tj. 24.08.2025 r. od godz. 14.00**

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

LUB

**Potwierdzenie tożsamości osoby, która odbiera uczestnika
niepełnoletniego.**

Ja, niżej podpisany(a).....

legitymujący się dowodem osobistym o numerze.....

upoważniam

legitymującą się dowodem osobistym o numerze

do odbioru mojego syna/córki podopiecznego.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)

OBOWIĄZKOWO

Dotyczy uczestnika:.....
(imię i nazwisko)

Zgoda na wykorzystanie wizerunku uczestnika warsztatów
letnich „Zrozumieć rzeczywistość - Życie to... COŚ WIECEJ!”: 20-
24.08.2025 r.

Ja, niżej podpisany(a).....

legitymujący się dowodem osobistym o numerze.....

Wyrażam zgodę na nieodpłatne utrwalanie wizerunku mojego dziecka/podopiecznego w celach niekomercyjnych i wykorzystanie go do produkcji programów informacyjnych, celów promocyjnych i tworzenia archiwum. Podmiotem wykorzystującym wizerunek jest AKSiM w Toruniu oraz Fundacja LUX Veritatis z siedzibą w Warszawie.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis rodzica lub opiekuna prawnego)