



Egri Fiatalokkal a Régióért Alapítvány

3300, Eger, Széchenyi u. 5.

Tél.: 06-30/582-34-14

NYILATKOZAT

Alulírott szülő/gondviselő hozzájárulok, hogy kiskorú gyermekem **2018. 07. 11-15. között** részt vegyen az **Egerszalóki Ifjúsági Találkozó és Lelki gyakorlaton**.

A kiskorú adatai:

Név:

Születési hely, dátum:

Lakcím:

Személyi igazolvány száma:

A szülő/gondviselő adatai:

Név:

Születési hely, dátum:

Lakcím:

Személyi igazolvány száma:

A gyermeknek betegsége, allergiája, gyógyszerérzékenysége: van / nincs

(Ha van:)

Hozzájárulok minden egészségügyi beavatkozáshoz, ami a Kiskorú egészségének megőrzéséhez vagy gyógyításhoz szükséges (pl. orvosi ellátás, kórházi kezelés, sebészeti beavatkozás, érzéstelenítés).

Kijelentem, hogy a találkozó programjáról, a végzendő feladatokról, a tábor körülményeiről megfelelő tájékoztatást kaptam, különös tekintettel az elszállásolás (sátorozás) körülményeire, megismertem.

Kijelentem, hogy teljes körű felelősséget vállalok bármilyen veszteségre és kárra vonatkozóan, ami a Kiskorút a találkozón való részvétele alkalmával érheti.

Fentieket elolvastam és jóváhagytam, a nyilatkozat szülői meghatalmazásként használható.

....., 2018.

.....

szülő/gondviselő aláírása