

# MŁONA PRZYGODU REKOLEKCJE SPOTKANIA



**TERMIN:** 27-29 września 2019, przyjazd godz. 17:00

**MIEJSCE:** SP nr 72 w Krakowie, ul. Modrzewiowa 23.

**KOSZT:** 50 ZŁ

## I. INFORMACJA DOTYCZĄCA UCZESTNIKA

IMIĘ (IMIONA) I NAZWISKO: \_\_\_\_\_

ADRES ZAMIESZKANIA: \_\_\_\_\_

DATA URODZENIA:   -   -     MIEJSCE: \_\_\_\_\_

NUMER PESEL:

IMIONA I NAZWISKA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH: \_\_\_\_\_

ADRES ZAMIESZKANIA LUB POBYTU RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH W TRAKCIE TRWANIA REKOLEKCJI SPOTKANIA: \_\_\_\_\_

NUMER KONTAKTOWY DO RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH W TRAKCIE TRWANIA REKOLEKCJI SPOTKANIA (W MIARĘ MOŻLIWOŚCI PROSIMY O PODANIE DWÓCH): \_\_\_\_\_

UCZESTNIK POSIADA/NIE POSIADA\* SPECJALNYCH POTRZEB EDUKACYJNYCH (WYNIKAJĄCYCH Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI, NIEDOSTOSOWANIA SPOŁECZNEGO LUB ZAGROŻENIA NIEDOSTOSOWANIEM SPOŁECZNYM) - JAKIE? \_\_\_\_\_

ISTOTNE INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZESTNIKA WYPOCZYNKU, ROZWOJU PSYCHO-FIZYCZNYM I STOSOWANEJ DIECIE (NP. NA CO JEST UCZULONY, JAK ZNOSI JAZDĘ AUTOKAREM, CZY PRZYJMUJE STAŁE LEKI I W JAKICH DAWKACH, CZY NOSI APARAT ORTODONTYCZNY LUB OKULARY): \_\_\_\_\_

## II. OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO W SPRAWIE LEKÓW I EWENTUALNEGO LECZENIA

WYRAŻAM ZGODĘ NA PODEJMOWANIE DECYZJI ZWIĄZANYCH Z LECZENIEM, HOSPITALIZACJĄ I ZABIEGAMI OPERACYJNYMI, W PRZYPADKU ZAGROŻENIA ZDROWIA LUB ŻYCIA MOJEGO DZIECKA

(IMIĘ, IMIONA I NAZWISKO DZIECKA): \_\_\_\_\_

PRZEZ KIEROWNIKA WYJAZDU REKOLEKCYJNEGO W CZASIE TRWANIA REKOLEKCJI SPOTKANIA

W TERMINIE I W MIEJSCU: od godz. 17:00 w dniu 27.09 do godz. 13:00 w dniu 29.09 w SP nr 72 w Krakowie

\_\_\_\_\_  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

\_\_\_\_\_  
PODPIS

RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

WYRAŻAM ZGODĘ/NIE WYRAŻAM ZGODY\* NA PODANIE MOJEMU DZIECKU LEKÓW PRZECIWBÓLOWYCH (WYMIENIĆ NAZWY LEKÓW): \_\_\_\_\_

WYŻEJ WYMIENIONE ŚRODKI PRZECIWBÓLOWE:

ZAŁĄCZAM DO BAGAŻU DZIECKA/PRZEKAZUJĘ DO DYSPOZYCJI WYCHOWAWCY\*.

\_\_\_\_\_  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

\_\_\_\_\_  
PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

## III. OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA I RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

W ZWIĄZKU Z UCZESTNICZENIEM MOJEGO SYNA/MOJEJ CÓRKI\* W REKOLEKCJACH SPOTKANIA ORGANIZOWANYCH PRZEZ PARAFIĘ: pw. Matki Bożej Saletyńskiej w Krakowie, ul. Cegielniana 43

WE WSPÓŁPRACY Z KATOLICKIM STOWARZYSZENIEM SZKOŁA NOWEJ EWANGELIZACJI JEZUSA ZMARTWYCHWSTAŁEGO, WYRAŻAM ZGODĘ NA:

UCZESTNICZENIE MOJEGO SYNA/MOJEJ CÓRKI\* W REKOLEKCJACH SPOTKANIA. ZLECAM OPIEKĘ NAD MOIM DZIECKIEM KSIĘDZU PROWADZĄCEMU I WSPÓŁPRACUJĄCYM Z NIM WYCHOWAWCOM.

PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH MOJEGO SYNA/MOJEJ CÓRKI\*, NA POTRZEBY REKOLEKCJI SPOTKANIA ZGODNIE Z USTAWĄ Z DNIA 29 SIERPNI 1997R. O OCHRONIE DANYCH OSOBOWYCH (DZ.U. Z 1997R. NR 133, POZ. 883 ZE ZM.).

PUBLIKACJĘ WIZERUNKU MOJEGO SYNA/MOJEJ CÓRKI\* W MATERIAŁACH ZWIĄZANYCH Z REKOLEKCJAMI SPOTKANIA I DZIAŁALNOŚCIĄ STOWARZYSZENIA, ZGODNIE Z USTAWĄ Z DNIA 4 LUTEGO 1994R. O PRAWIE AUTORSKIM I PRAWIE POKREWNYM (DZ. U. Z 2006R. NR 90 POZ. 631 Z PÓŹN. ZM.).

- ORGANIZATORZY NIE PONOSZĄ ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA WARTOŚCIOWE RZECZY MATERIALNE, KTÓRE UCZESTNIK ZABIERA ZE SOBĄ NA WŁASNĄ ODPOWIEDZIALNOŚĆ.

PONADTO OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM/AM SIĘ I ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ PRZESTRZEGAĆ ZASAD ZAWARTYCH W REGULAMINIE REKOLEKCJI. W PRZECIWNYM WYPADKU UCZESTNIK ZOSTANIE ODEŚLANY DO DOMU NA WŁASNY KOSZT.

\_\_\_\_\_  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

\_\_\_\_\_  
PODPIS UCZESTNIKA

\_\_\_\_\_  
PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

\* **NIEPOTRZEBNE SKREŚLIĆ**