

ZGODA

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka:

Imię i nazwisko dziecka, PESEL

W

39. Warszawskiej Akademickiej Pielgrzymce Metropolitalnej

W dniach 5 - 14 sierpnia 2019 r.

Za tę decyzję biorę pełną odpowiedzialność.
Można się ze mną skontaktować pod numerem telefonu:

Imię i nazwisko rodzica, numer telefonu, PESEL

Na czas trwania 39. WAPM opiekę nad moim dzieckiem będzie sprawował(a) Pan(i):

Imię i nazwisko opiekuna, numer telefonu, PESEL

Który(a) pielgrzymuje w grupie: _____



Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Organizatora Pielgrzymki w zakresie niezbędnym do udziału i organizacji pielgrzymki, na zasadach określonych w Regulaminie 39. WAPM.

Data i podpis rodzica/prawnego opiekuna