

Z G O D A
RODZICÓW LUB PRAWNYCH OPIEKUNÓW NA UDZIAŁ DZIECKA
W WOLONTARIACIE W TOWARZYSTWIE PRZYJACIÓŁ CHORYCH "HOSPICJUM" WE
WŁODAWIE

Ja, niżej podpisana/y.....wyrażam zgodę na aktywny udział
....., pozostającej/ego pod moją opieką prawną, w działaniach
Wolontariatu Towarzystwie Przyjaciół Chorych „Hospicjum” we Włodawie.

Oświadczam, że znane mi są postanowienia Statutu, cele i zadania placówki, a także idea
wolontariatu, u podstaw której stoi dobrowolne, bezpłatne wykonywanie czynności, a także
charytatywny, pomocniczy i uzupełniający charakter wykonywanych przez wolontariuszy świadczeń.

Wyrażam zgodę na używanie do celów statutowych placówki danych osobowych dziecka.

.....
miejsce, data

.....
podpis

kontakt telefoniczny: