



## ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO

### NA UDZIAŁ DZIECKA

w projekcie realizowanym przez Centrum Charytatywno-Opiekuńcze Caritas im. Matki Bożej z Lourdes w Pile pn. **”MOJA SZANSA NA INNE ŻYCIE”**

Ja niżej podpisany opiekun prawny.....

wyrażam zgodę na udział .....

imię i nazwisko dziecka

w zajęciach edukacyjnych i terapeutycznych na czas trwania projektu tj. do 30.06.2009r

Dane kontaktowe opiekuna prawnego:

Dane dziecka:

Imię i nazwisko .....

Imię i nazwisko .....

Adres.....

Klasa ....., j. obcy .....

Tel.....

PESEL .....

Uwagi dot. stanu zdrowia dziecka (np. leki) .....

W przypadku zażywania przez dziecko leków zobowiązuję się dostarczyć zlecenie lekarza wraz z upoważnieniem do ich podawania.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych do celów zw. z realizacją projektu.

.....  
**Miejscowość, data**

.....  
**Podpis**



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



**EFS**  
Europejski Fundusz Społeczny