

ZGODA OPIEKUNA PRAWNEGO

na wykonywanie świadczeń wolontariackich przez osobę małoletnią

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko opiekuna prawnego:

Telefon kontaktowy:

Adres e-mail:

wyrażam zgodę, aby moje dziecko:

Imię i nazwisko dziecka:

Data urodzenia dziecka:

podejmowało działalność wolontariacką w ramach Fundacji RAT zgodnie z zapisami porozumienia o współpracy oraz Polityki ochrony dzieci i małoletnich Fundacji.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z zasadami wolontariatu, w tym zakresem działań, i je akceptuję.

Data i podpis opiekuna prawnego:

.....