

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY GRUPY WOLONTARIACKIEJ
NA V ANDRZEJKOWY BAL WOLONTARIUSZA CARITAS DIECEZJI SOSNOWIECKIEJ**

Nazwa szkoły:

.....
.....

Imię i nazwisko opiekuna grupy:

.....

Telefon kontaktowy:

.....

e-mail:

.....

Dane uczestników Balu

Lp	Nazwisko Imię	Pesel	Telefon rodzica / opiekuna
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY GRUPY WOLONTARIACKIEJ NA V ANDRZEJKOWY BAL WOLONTARIUSZA CARITAS DIECEZJI SOSNOWIECKIEJ proszę przesyłać na adres e-mail **lgładki@caritas.pl**, listownie lub przynieść osobiście do siedziby Caritas w Sosnowcu przy ulicy Korczaka 5 do **19 listopada 2019 r. (ze względu na ograniczoną liczbę miejsc decyduje kolejność zgłoszeń)**.

*Informujemy, iż Cegiełki można nabyć w siedzibie Caritas przy ulicy Korczaka 5 w Sosnowcu do dnia 19 listopada 2021 r. lub dokonując wpłaty na konto bankowe: 25 2490 0005 0000 4520 4459 1536 Tytułem: Bal+ nazwa szkoły.

Małoletni uczestnicy Balu zobowiązani są również do dostarczenia Oświadczenia rodziców/opiekunów prawnych Organizatorowi w terminie do **19 listopada 2021 r.**

Uczestnicy Balu w dniu wydarzenia zobowiązani są posiadać zakupioną Cegiełkę oraz dokument tożsamości ze zdjęciem.

DATA:

.....
CZYTELNY PODPIS

OŚWIADCZENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH

małoletnich uczestników V Andrzejkowego Balu Wolontariusza Caritas Diecezji Sosnowieckiej

.....
Imię i nazwisko uczestnika

Ja niżej podpisany..... matka/ojciec/opiekun prawny* oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na udział mojej córki/mojego syna/ podopiecznego w V Andrzejkowym Balu Wolontariusza organizowanym przez Caritas Diecezji Sosnowieckiej, który odbędzie się w dniu 27 listopada 2021 r. w godzinach 17:00-23:00 w Sali Widowiskowo-Sportowej DorJan przy ulicy Braci Mieroszewskich 91 w Sosnowcu oraz zapewniam, iż stan zdrowia mojej córki/mojego syna/ podopiecznego pozwala na udział w Balu, a także oświadczam, iż zapoznałem się z **Regulaminem V Andrzejkowego Balu Wolontariusza Caritas Diecezji Sosnowieckiej oraz informacją RODO** i je akceptuję.
2. Biorę pełną odpowiedzialność za przybycie i powrót mojej córki/syna/ podopiecznego na V Andrzejkowym Bal Wolontariusza Caritas Diecezji Sosnowieckiej.
3. Przekazuję następujący numer telefonu zapewniający kontakt ze mną w czasie trwania Balu.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

*niepotrzebne skreślić