

ZGODA – OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Ja niżej podpisany/a

.....
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego)

wyrażam zgodę na udział mojego dziecka / podopiecznego*

.....
(imię i nazwisko uczestnika)

w konsultacjach oraz wizytach studyjnych organizowanych w zakładzie przetwarzania zużytego sprzętu elektrycznego i elektronicznego (Zakład nr 2, ul. Wrzosowa 60, 26-065 Micigózd), realizowanych w ramach konkursu „Zbuduj edukacyjnego łazika z recyklingu”, organizowanego przez Fundację Odzyskaj Środowisko.

Wyrażam zgodę na przewóz mojego dziecka / podopiecznego* przez Organizatora Konkursu, jego przedstawicieli, opiekunów, nauczycieli lub osoby współpracujące z Organizatorem, na trasie pomiędzy miejscem zbiórki, miejscem realizacji wizyty studyjnej, konsultacji lub wydarzenia konkursowego, a miejscem zakończenia wydarzenia.

Transport może odbywać się pojazdami Organizatora, pojazdami osób współpracujących z Organizatorem lub innym środkiem transportu zapewnionym przez Organizatora.

Oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z Regulaminem Konkursu „Zbuduj edukacyjnego łazika z recyklingu” i akceptuję jego postanowienia;
2. stan zdrowia mojego dziecka / podopiecznego* pozwala na udział w wizytach studyjnych, konsultacjach oraz wydarzeniach organizowanych w ramach Konkursu;
3. nie są mi znane przeciwwskazania zdrowotne uniemożliwiające udział mojego dziecka / podopiecznego* w ww. wydarzeniach;
4. zobowiązuję się do zapewnienia bezpieczeństwa dziecka / podopiecznego* podczas drogi z miejsca zamieszkania do miejsca zbiórki oraz w drodze powrotnej po zakończeniu wydarzenia z miejsca zbiórki do miejsca zamieszkania;
5. biorę odpowiedzialność finansową za ewentualne szkody materialne wyrządzone przez moje dziecko / podopiecznego* podczas udziału w Konkursie, wizytach studyjnych, konsultacjach lub innych wydarzeniach organizowanych w ramach Konkursu;
6. wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody* na podejmowanie przez Organizatora, opiekunów lub osoby sprawujące opiekę nad uczestnikami decyzji związanych z udzieleniem pomocy medycznej, leczeniem, hospitalizacją lub zabiegami medycznymi w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka / podopiecznego*.

Telefon kontaktowy do rodzica / opiekuna prawnego:

.....

Adres zamieszkania:

.....

Adres e-mail (opcjonalnie):

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)

* niepotrzebne skreślić