

Zgoda rodziców lub opiekunów na świadczenie usług wolontariackich

Jestem opiekunem prawnym niepełnoletniego wolontariusza, o którym mowa poniżej.
Znam termin, miejsce i zakres prac, które wykonywać ma moje dziecko i wyrażam zgodę na wolontariat. Oświadczam, że mój syn/córka:

–

nie choruje na żadne choroby, które mogłyby być przeciwwskazaniem do wolontariatu (*)

–

choruje na i w związku z tym
wskazane jest
należy unikać

Dane Opiekuna Prawnego 1:

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Dokument potwierdzający tożsamość Nr

Dane Opiekuna Prawnego 2:

Imię i Nazwisko:

PESEL:

Dokument potwierdzający tożsamość Nr

Dane Wolontariusza :

Imię i Nazwisko Wolontariusza:

PESEL:

Dane Fundacji korzystającej z wolontariatu:

Fundacja Centrum Przedsiębiorczości i Innowacji 50+

ul. Kożuchowska 30

65-364 Zielona Góra

Tel/faks: 68 325-8944

NIP 929-185-77-20

KRS 00000492289

Kontakt do osoby pełnoletniej, która nadzoruje wolontariusza w trakcie wykonywanej pracy

Imię i Nazwisko

Telefon

.....

.....

podpis opiekuna 1

podpis opiekuna 2

(* niepotrzebne skreślić)