

**Związek Harcerstwa
Adwentystycznego**

**JEDNORAZOWA ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO NA UCZESTNICTWO OSOBY
NIEPEŁNOLETNIEJ W ZBIÓRCIE DRUŻYNY**

CZĘŚĆ I – DANE PERSONALNE

Proszę wypełniać dokument drukowanymi literami. Przekazanie dokładnych i rzetelnych informacji pozwoli Organizatorom lepiej odpowiedzieć na potrzeby Uczestnika.

Imię / imiona i nazwisko Uczestnika	
Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego	
Nr telefonu rodzica lub opiekuna prawnego	
Ważne informacje dotyczące stanu zdrowia Uczestnika (uczulenia; choroba lokomocyjna; choroba przewlekła; regularnie przyjmowane leki (jakie?); przeciwwskazania do wzięcia udziału w aktywnościach; inne informacje, które pomogą zapewnić komfort i bezpieczeństwo Uczestnika oraz pozostałych uczestników zajęć). *	

CZĘŚĆ II – WYRAŻENIE ZGODY

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka/podopiecznego w zbiórce drużyny

.....
..... Związku Harcerstwa Adwentystycznego z siedzibą w Warszawie przy ul.
Foksal 8, 00-366 Warszawa w roku harcerskim 2024/2025.

Jestem jednocześnie świadomy obowiązków spoczywających na uczestnikach, w tym:

- rzetelnego spełniania przyjętych przez siebie lub powierzonych przez przełożonych zadań,
- przestrzegania etykiety i dyscypliny organizacyjnej oraz Regulaminów ZHA,
- dążenia do nienagannej postawy osobistej, zgodnej z etosem chrześcijańskim.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka/podopiecznego w charakterystycznych dla harcerstwa sposobach działania, w tym pracę systemem małych grup bez bezpośredniego nadzoru pełnoletnich instruktorów. Jestem świadomy, że moje dziecko/podopieczny będzie brać udział w zajęciach w budynku i w terenie oraz zdaję sobie sprawę z niebezpieczeństw wynikających z zajęć pomimo zachowania wszelkich środków ostrożności, ze względu na różne nieprzewidziane sytuacje.

Wyrażam zgodę na uczestniczenie mojego dziecka/podopiecznego w zajęciach poza placówką w dniach i godzinach ich planowanego trwania.

Oświadczam, że poinformowałem o stanie zdrowia dziecka/chorobach dziecka.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie informacji wrażliwych dotyczących stanu zdrowia dziecka. (Dane wrażliwe zostały ujęte w polach oznaczonych *)

Oświadczam, że zapoznałem/am się z poniższymi dokumentami i wyrażam zgodę na warunki, które zostały w nich określone:

- Zgoda na rozpowszechnianie wizerunku,
- Klauzula informacyjna.

.....
Miejsce, data oraz podpis matki / opiekunki prawnej

.....
Miejsce, data oraz podpis ojca / opiekuna prawnego

.....
Miejsce, data oraz podpis drużynowego