

## Zgoda rodziców lub opiekunów na świadczenie usług wolontarystycznych

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 Organizacji korzystającej z wolontariatu:



pl. Słowiański 17/3

65-069 Zielona Góra

tel. 784 90 77 92

fax. (68) 323 07 66

**KRS: 0000213078**

[www.idz.org.pl](http://www.idz.org.pl)

[www.schronisko.avx.pl](http://www.schronisko.avx.pl)

E- mail: [inicjatywa@idz.org.pl](mailto:inicjatywa@idz.org.pl)

nr konta: 8620 3000 45111 000000 2618 430

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

Imię i Nazwisko.....

Telefon:.....

.....

podpis opiekuna 1

.....

podpis opiekuna 2

(\* niepotrzebne przekreślić)