



Ośrodek Rekreacji i Hipoterapii „MAAG”
25-116 Kielce, ul. Ściegiennego 207,
tel. 41/348 91 83, kom 601 47 13 23,
www.maagkielce.pl, mail: maag@maagkielce.pl

ZGODA NA UCZESTNICTWO W WOLONTARIACIE

DANE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Imię i Nazwisko		
Adres zamieszkania		
Pesel		
Telefon kontaktowy (obowiązkowo)	Matka	Ojciec

DANE OSOBY CHĘTNEJ DO UCZESTNICTWA W WOLONTARIACIE

Imię i Nazwisko	
Adres zamieszkania	
Pesel	
Telefon kontaktowy (obowiązkowo)	

Uwagi _____

Ja, niżej podpisany/a
wyrażam zgodę pozostającego pod moją opieką prawną dziecka na aktywny udział w charakterze wolontariusza w działaniach wolontaryjnych w Ośrodku Rekreacji i Hipoterapii MAAG
Oświadczam, że moje dziecko nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w ww. przedsięwzięciu.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z wytycznymi Programu wolontaryjnego i regulaminu ORiH i akceptuję postanowienia w nich zawarte, u podstaw których stoi **dobrowolne, bezpłatne wykonywanie czynności**, a także **charytatywny, pomocniczy i uzupełniający charakter wykonywanych przez wolontariuszy świadczeń**.

Ponadto oświadczam, iż w drodze z i do domu dziecko pozostaje pod moją opieką.

Kielce, dnia _____

podpis rodziców