

Załącznik nr 1 do KARTY UCZESTNICTWA – NR LEGITYMACJI GA/_____/2026

Zgoda Rodzica / Opiekuna Prawnego na udział osoby niepełnoletniej w Pielgrzymce

Ja, _____

(imię i nazwiska rodzica / opiekuna prawnego)

legitymujący się dowodem osobistym: _____

(numer i seria dowodu osobistego rodzica / opiekuna prawnego)

niniejszym wyrażam zgodę na udział mojego dziecka:

(imię i nazwisko osoby niepełnoletniej)

w 41 Gdynskiej Pieszej Pielgrzymce na Jasną Górę.

Telefon kontaktowy: _____

(numer telefonu kontaktowego rodzica / opiekuna prawnego)

1. Oświadczam, że moje dziecko pozostanie pod moją opieką w czasie Pielgrzymki. *

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego, sprawującego opiekę podczas Pielgrzymki:

_____ Nr legitymacji pielgrzymkowej: GA/_____/2026

2. W trakcie pielgrzymki opiekunem mojego dziecka będzie: *

Imię i nazwisko opiekuna: _____

legitymujący się dowodem osobistym: _____

(numer i seria dowodu osobistego opiekuna podczas pielgrzymki)

Data urodzenia: _____

Telefon kontaktowy: _____

Nr legitymacji pielgrzymkowej: GA/_____/2026

* Niepotrzebne skreślić

Oświadczam, że w karcie uczestnictwa mojego dziecka przekazałem(am) organizatorowi wszystkie wiadome mi informacje umożliwiające zapewnienie troski i bezpieczeństwa dziecka na czas trwania pielgrzymki oraz zobowiązuję się do pozostawania pod wskazanym numerem telefonu przez czas trwania pielgrzymki. Jednocześnie oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za zachowanie mojego dziecka i jego konsekwencje.

Podpis rodzica / opiekuna prawnego: _____

Podpis opiekuna na czas pielgrzymki: _____

Miejscowość i data: _____

**Oświadczenie Rodziców / Opiekunów Prawnych osoby niepełnoletniej
do celów medycznych**

1. Niniejszym wyrażam zgodę na ewentualny pobyt mojego dziecka w szpitalu, badania diagnostyczne i zaproponowane leczenie.

2. Zostałam/Zostałem poinformowana/y, zgodnie z art. 32 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz art. 17 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (*podstawy prawne dostępne są w Sekretariacie Pielgrzymki*), iż w razie potrzeby przeprowadzenia badania mojego dziecka zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny.

3. Wyrażam zgodę na ujawnienie przez osoby wykonujące zawód medyczny opiekunowi faktycznemu informacji związanych z udzielaniem mojemu dziecku świadczeń zdrowotnych (m.in. badanie, leczenie) tj. informacji uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego.

Podpis rodzica / opiekuna prawnego: _____

Miejscowość i data: _____