Biztonság és Prevenció Közösségi Összefogással
KORTÁRSSEGÍTŐ- KÉPZÉS

BIZTONSÁGPREVENCIÓ
KÖZÖSSÉGI ÖSSZEFOGÁSSAL

SZÜLŐI BELEEGYEZŐ NYILATKOZAT

Jelentkező neve:_____ születési helye, ideje:_____.

Alulírott **szülő** _____ (név), fent nevezett gyermekem ***30 órás KORTÁRSSEGÍTŐ képzési*** és ***50 órás IKSZ önkéntes szolgálat*** programban való részvételéhez a jelentkezési lapon megismert és a **www.szociogramm.hu** weboldalon közzétett feltételek mellett hozzájárulok.

Gyermekemet az információk alapján felkészítettem a rá váró kötelezettségek vállalására, így érte felelősséget és kezességet vállalok.

Tudomásom szerint gyermekem jelenleg egészséges, fertőző betegsége nincs, közösségbe mehet.

A program tapasztalatait gyermekemmel lehetőség szerint kiértékelem.

Az általam önkéntesen megadott saját és gyermekemre vonatkozó személyes adatok kezeléséhez a jelenleg hatályban lévő adatvédelmi jogszabály keretei között a lebonyolítás sikeressége céljából hozzájárulok.

További információt kérhetek: fiatal.tehetsegek.klubja@gmail.com címen vagy a +36 70 770 2899, illetve az 52/530-895 telefonszámon.

Dátum: 2017._____ _____

Szülő *(olvasható)* ***aláírása***