**ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH\***

**na udział dziecka w Wolontariacie w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Kielcach**

**1. Dane rodzica/opiekuna prawnego\*:**

Imię i nazwisko: ………………………………………………………………………………………..

Adres zamieszkania:……………………………………………………………………………………

Pesel:……………………………………………………………………………………………………

Telefon kontaktowy, e-mail: ……………………………………………………………………………

**2. Dane córki/syna\*:**

Imię i nazwisko: ..………………………………………………………………………………………

Adres zamieszkania: ...…………………………………………………………………………………

Pesel: ………………………………………………………………………………………………….…

Telefon kontaktowy, e-mail: ……………………………………………………………………………..

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

* *Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na aktywny udział w charakterze wolontariusza, pozostającego pod moją opieką prawną dziecka, w działaniach Wolontariatu w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Kielcach.*
* *Oświadczam, że moje dziecko nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w ww. przedsięwzięciu.*
* *Oświadczam, że zapoznałam/em się z wytycznymi Programu wolontaryjnego w Miejskim Ośrodku Pomocy Rodzinie w Kielcach, Regulaminem pracy wolontariusza, Zasadami etycznymi pracy wolontariusza 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.*
* *W związku z przystąpieniem do Programu wolontaryjnego wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka zawartych w dokumentach aplikacyjnych dla potrzeb niezbędnych do procesu rekrutacji.*
* *Wyrażam zgodę na wykonywanie i publikację dokumentacji multimedialnej (zdjęć, filmów, itp.)
z zachowaniem anonimowości danych osobowych dziecka do celów związanych z realizacją
i promocją działań wolontaryjnych.*

**Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego\***

…………………………………………………………………………………………………

**\*Niepotrzebne skreślić**