

**ZGODA RODZICA (OPIEKUNA) NA UDZIAŁ MAŁOLETNIEGO W WARSZTATACH
MASTERCLASS – RADIOTERAPIA / MASTERCLASS – FIZYKA CZĄSTEK**

Ja niżej podpisany(a):

(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego małoletniego), zamieszkały(a)

w,

oświadczam, że posiadam nieograniczoną władzę rodzicielską jako ojciec / matka / opiekun

prawny małoletniej / małoletniego(imię

i nazwisko małoletniego) ur.

..... (data i miejsce urodzenia, adres

zamieszkania) oraz wyrażam zgodę na udział syna / córki w warsztatach *Masterclass – radioterapia*

/Masterclass – Fizyka cząstek na Wydziale Fizyki Politechniki Warszawskiej, które odbędą się

1 marca 2025 r. / 22 marca 2025 r.

Oświadczam, że nie ma przeciwwskazań lekarskich, aby syn / córka / podopieczny uczestniczył/a

w wydarzeniu. Wyrażam zgodę na hospitalizację syna / córki / podopiecznego w razie zagrożenia

życia lub zdrowia dziecka. Zobowiązuję się zapewnić bezpieczną drogę mojego dziecka na miejsce

zajęć oraz jego bezpieczny powrót do domu po zakończeniu zajęć.

Inne istotne informacje, które rodzice / opiekunowie chcą przekazać organizatorowi wycieczki (choroby,
lekarstwa, uczulenia itp.):

.....

.....

Informuję jednocześnie, że bezpośredni kontakt z rodzicem lub opiekunem jest możliwy pod numerem
telefonu:

.....

.....

(miejscowość, data, własnoręczny podpis)