

ZGODA RODZICA (OPIEKUNA) NA UDZIAŁ MAŁOLETNIEGO W WARSZTATACH

MASTERCLASS – RADIOTERAPIA

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*

organizowanych przez Wydział Fizyki Politechniki Warszawskiej, które odbędą się 20 lutego 2026 r.

w budynku przy ul. Rektorskiej 4 (kampus centralny PW).

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:

.....

.....

miejsce, data, własnoręczny podpis rodzica / opiekuna prawnego