**ZGODA / OŚWIADCZENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

1. Wyrażam zgodę na udział naszej córki / naszego syna:

………………………………………………………………………………………...

w wyjazdach miejscowych na terenie powiatu rypińskiego w związku z przeprowadzeniem zajęć plenerowych (malarskich i fotograficznych) realizowanych w ramach Zadania Centrum Aktywności Lokalnej w Brzuzem projektu pt. „*Zwiększenie zaangażowania mieszkańców obszaru LSR „Stowarzyszenia Lokalna Grupa Działania Gmin Dobrzyńskich Region Północ” na rzecz aktywizacji i tworzenia poczucia przynależności wśród społeczności lokalnej poprzez utworzenie i działalność centrów aktywności lokalnej i akademii młodego lidera*”. Ww. wyjazdy organizowane są przez: „Stowarzyszenie Lokalna Grupa Działania Gmin Dobrzyńskich Region Północ”

1. Przez cały czas udziału dziecka w wyjazdach miejscowych można się ze mną kontaktować pod numerem telefonu: ……………………………………………………………..
2. Biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo dziecka w drodze pomiędzy miejscem zamieszkania, a miejscem zbiórki i rozwiązania wyjazdu.
3. Zobowiązuję się pokryć koszty ewentualnych szkód wyrządzonych przez moje dziecko w czasie trwania wycieczki i biorę pełną odpowiedzialność za skutki niewłaściwego zachowania mojego dziecka.
4. Zobowiązuję się do natychmiastowego odebrania dziecka w miejscu wskazanym przez kierownika wycieczki, gdy jego zachowanie zagraża zdrowiu lub życiu jego bądź innych uczestników wycieczki albo gdy naruszyło regulamin wycieczki.
5. Oświadczam, iż zapoznałam/łem się z regulaminem wycieczek i wyjazdów i nie widzę żadnych przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa mojego dziecka w wycieczkach/wyjazdach.
6. Przyjmuje do wiadomości, iż terminy i godziny wyjazdów miejscowych będą publikowane na stronie Centrum Aktywności Lokalnej w Brzuzem na portalu Facebook pod adresem: <https://www.facebook.com/profile.php?id=100091488468029> a także będą przekazywane przez opiekunów poszczególnych grup w każdy skuteczny sposób.
7. Wyrażam / nie wyrażam\* zgodę na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami chirurgicznymi, w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka przez kierownika lub opiekunów.
8. Informuję o problemach zdrowotnych mojego dziecka oraz o przyjmowanych przez niego lekach:………………………………………………………………………………………….. ………………………………………………………………………………………………….
9. Inne istotne informacje, które rodzice / prawni opiekunowie chcą przekazać Organizatorowi np. czy dziecko ma chorobę lokomocyjną?:

…………………………………………………………………………………………………

..............................................................................................

(czytelne podpisy rodziców/prawnych opiekunów)\* - niepotrzebne skreślić

**Opiekun wyjazdów miejscowych: Agnieszka Krauza - 609 695 976**