

# ZGODA

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka:

Imię i nazwisko dziecka, PESEL

---

W

**37. Warszawskiej Akademickiej Pielgrzymce Metropolitalnej**

W dniach 5 – 14 sierpnia 2017 r.

Za tę decyzję biorę pełną odpowiedzialność.

Można się ze mną skontaktować pod numerem telefonu:

Imię i nazwisko rodzica, numer telefonu, PESEL

---

Na czas trwania 37. WAPM opiekę nad moim dzieckiem będzie sprawował(a) Pan(i):

Imię i nazwisko opiekuna, numer telefonu, PESEL

---

Który(a) pielgrzymuje w grupie: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_  
Data i podpis rodzica/prawnego opiekuna