Pleszew, dn. ………………………………

Imię nazwisko rodzica/opiekuna prawnego: .......................................................................................

Adres rodzica/opiekuna prawnego: ....................................................................................................

Telefon kontaktowy do rodzica/opiekuna prawnego: ........................................................................

**ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO   
NA UDZIAŁ DZIECKA W PROJEKCIE**

Wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego dziecka/dzieci:

1. ......................................................................................................................................................
2. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
3. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(imię i nazwisko dziecka/dzieci)

w projekcie pn. „Wsparcie na czasie” realizowane przez Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie   
w Pleszewie dofinansowane ze środków Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej z Programu Osłonowego *WSPIERANIE JEDNOSTEK SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO W TWORZENIU SYSTEMU PRZECIWDZIAŁANIA PRZEMOCY W RODZINIE*

1. Udział dziecka w projekcie polegać będzie na uczestnictwie w spotkaniu pn. **Coaching dla młodzieży**, sesji podwyższającej poczucie własnej wartości , poprawiającej pewność siebie i wiary we własne możliwości.w godz. od 14:00 do 15:30 *w* **Świetlicy Środowiskowej dla młodzieży dojeżdżającej w Pleszewie/Centrum Wolontariatu w Pleszewie** z siedzibą przy ul. Św. Ducha 5/13 9 (DOM RZEMIOSŁA) ,  63-300 Pleszew
2. Jestem świadomy/a, iż moje dziecko/dzieci uczestnicząc w projekcie zobowiązane jest/są do przestrzegania Regulaminu **Świetlicy Środowiskowej dla młodzieży dojeżdżającej w Pleszewie/Centrum Wolontariatu   
   w Pleszewie** z siedzibą przy ul. Św. Ducha 5/13 9 (DOM RZEMIOSŁA) ,  63-300 Pleszew
3. Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka/dzieci podczas drogi ze szkoły do **Świetlicy Środowiskowej dla młodzieży dojeżdżającej w Pleszewie/Centrum Wolontariatu w Pleszewie** z siedzibą przy ul. Św. Ducha 5/13 9 (DOM RZEMIOSŁA) ,  63-300 Pleszew .
4. Potwierdzam zapoznanie się z klauzulą informacyjną umieszczoną na odwrocie.

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

data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna