

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  |
| Nazwa placówki ( pieczątka) | | | | Data |
|  | | | |  |
| Ilość grup |  |  | Przedział wiekowy grupy |  |
| Ilość osób w grupie |  |  | Przedszkole, (klasy I-III) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko opiekuna (opiekunów)  Telefon kontaktowy |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Proponowany termin wizyty (do uzgodnienia)  (data, godzina) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie fotografii osób uczestniczących w zajęciach „ Akademii Małego Strażka” | Data i czytelny podpis opiekuna |

|  |  |
| --- | --- |
| Oświadczam, że wyrażam zgodę na publikację wykonywanych fotografii na stronie internetowej Straży Pożarnej  w Myszkowie | Data i czytelny podpis opiekuna |

|  |  |
| --- | --- |
| Oświadczam, że zapoznałem się  i akceptuję Regulamin zajęć „Akademii Małego Strażaka” | Data i czytelny podpis opiekuna |

|  |  |
| --- | --- |
| Potwierdzam zapoznanie grupy dzieci/młodzieży oraz ich opiekunów  z obowiązującymi zasadami BHP na terenie i obiektach Komendy Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Myszkowie | Data i czytelny podpis instruktora |

………………………………………………………………… ……………………………………

(pieczęć szkoły) (data, miejscowość )

**Oświadczenie**

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

• rodzice dzieci/młodzieży uczestniczących/ej w zajęciach w zajęciach „Akademii Małego Strażaka ”

wyrażają zgodę na udział w wycieczce i zajęciach prowadzonych na terenie Komendy

Powiatowej Państwowej Straży Pożarnej w Myszkowie ,

• dzieci/młodzież biorące/a udział w zajęciach w „Akademii Małego Strażaka ” posiadają

aktualne ubezpieczenie,

• jestem świadomy, iż zgodnie z regulaminem za celowe zniszczenie przedmiotów

i urządzeń stanowiących wyposażenie Komendy odpowiadają

opiekunowie,

• jestem świadomy, iż za wypadki i zdarzenia wynikając z nieprzestrzegania regulaminu

„Akademii Małego Strażaka” - Komenda Powiatowa Państwowej Straży Pożarnej w Myszkowie nie ponosi odpowiedzialności.

…………………. ……………………………………………………………………….

(data ) (czytelny podpis opiekuna)