|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa:** | **Data urodzenia:** |
| **Numer telefonu:** | **Adres:** |

Oświadczam, że jestem pouczony:

* w sprawie nadzoru dzieci w wieku szkolnym w aktualnie obowiązującej wersji.
* mój obowiązek zachowania tajemnicy.   
  Wiem, że muszę zachować tajemnicę we wszystkich sprawach. Wiem, że nie wolno mi mówić o tym, czego się nauczyłem.
* wymagania zdrowotne i moje obowiązki współpracy w ramach ustawy o ochronie przed infekcją.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i podpis wolontariusza

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i podpis Zarządu