Zgoda Rodziców ucznia Publicznej Szkoły Podstawowej nr 2 z Oddziałami Integracyjnymi im. Kazimierza Pułaskiego w Warce na udział w działaniach Szkolnego Koła Wolontariatu

Wyrażam zgodę na udział córki/syna

....
Imię i nazwisko ucznia Klasa

w działaniach Szkolnego Koła Wolontariatu w roku szkolnym 2024/2025

…..... ……
Data Podpis Rodzica

Wyrażam zgodę, aby córka/syn była/był uczestnikiem grupy WOLONTARIAT w aplikacji Messenger na, której są wyłącznie wysyłane informacje dotyczące działalności Szkolnego Koła Wolontariatu.

…..... ……
Data Podpis Rodzica

ZOBOWIĄZANIE WOLONTARIUSZA

……..…….. ….. ……
Imię i nazwisko Klasa

Przystępując do Szkolnego Koła Wolontariatu oświadczam, że znam i akceptuję jego cele oraz zasady pracy. Zobowiązuję się do przestrzegania Regulaminu Szkolnego Koła Wolontariatu oraz sumiennego i bezinteresownego wykonywania powierzonych mi zadań.

……
Podpis Wolontariusza