



## Diecezja Elcka Ruch Światło-Życie

### Karta zgłoszeniowa na rekolekcje – dzieci

Rekolekcje przeznaczone są dla osób od 10 do 13 roku życia; Rozpoczynamy w Internacie Szkoły w **Dowspudzie k/Raczek** w piątek o godz. 17<sup>00</sup>.

Zgłoszenia należy dokonać najlepiej drogą elektroniczną za pomocą formularza na stronie <http://www.elk.oaza.pl> (zakończenie rekol. niedziela godz. 14<sup>00</sup>)

Informacje: ks. Tomasz Masłowski; e-mail: [xm@op.pl](mailto:xm@op.pl); tel. 507 965 942

1. Imię i nazwisko.....
2. Adres zamieszkania .....
3. Data urodzenia .....
4. Parafia / wspólnota.....
- W.....
5. Nr telefonu kom(uczestnika).....
6. Nr telefonu do rodziców.....
7. Data urodzenia .....Pesel.....
8. Przebyte rekolekcje (miejscowość i rok), jeśli takie były

Oaza Modlitwy	
Rekolekcje wakacyjne (rodzaj rekolekcji, miejscowość i rok)	

.....  
Podpis moderatora (+ew. pieczęć parafii)

## OŚWIADCZENIE

(uczestnika rekolekcji)

Ja, niżej podpisany/a, .....  
oświadczam, że podporządkuję się do wszystkich poleceń prowadzących rekolekcje oraz animatorów. Jednocześnie jestem świadomy, że wyjazd ma charakter religijny.

Zobowiązuję się przede wszystkim do:

- właściwego zachowania się w Domu Rekolekcyjnym i w jego otoczeniu;
- przestrzegania kultury i właściwego zachowania się - szczególnie w miejscach kultu.

Jednocześnie oświadczam, że za ewentualne szkody biorę odpowiedzialność ja i moi rodzice, oraz że zgadzam się, w wypadku nieprzestrzegania regulaminu na wykluczenie z rekolekcji oraz na wcześniejszy powrót do domu.

.....  
czytelny podpis

Prowadzący rekolekcje są zwolnieni z odpowiedzialności za ewentualne szkody wynikłe ze złamania powyższego oświadczenia przez uczestnika rekolekcji.

## OŚWIADCZENIE

(rodzica/ prawnego opiekuna)

Zezwalam mojemu synowi (córce) .....  
na udział w rekolekcjach oazowych, trwających od .....  
do ..... Jednocześnie biorę odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przez moje dziecko. Zgadzam się, w wypadku nieprzestrzegania regulaminu na wykluczenie z rekolekcji i wcześniejszy powrót dziecka.

W wyżej wymienionym przypadku oraz trudności zdrowotnych proszę powiadomienie na numer, który został podany wcześniej.

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie czynności medycznych ratujących zdrowie i życie dziecka.

.....  
miejscowość data

.....  
czytelny podpis rodzica