



# POTVRZENÍ RODIČŮ / ZÁKONNÉHO ZÁSTUPCE

*(účastníci do 18 let)*

Svým podpisem potvrzuji, že souhlasím s účastí svého dítěte na cyklu Učednických víkendů Isacharu v roce 2023 a zároveň uděluji plnou moc vedoucímu akce v případě ošetření v nemocnici nebo hospitalizaci.

Jméno účastníka: .....

Jméno rodiče / zákonného zástupce: .....

Místo, datum a podpis: .....

# POTVRZENÍ OD VEDOUcíHO

Svým podpisem potvrzuji, že souhlasím s účastí níže uvedené osoby na cyklu Učednických víkendů Isacharu v roce 2023.

Jméno účastníka: .....

Jméno vedoucího: .....

Místo, datum a podpis vedoucího: .....

.....