

# Résztevői nyilatkozat

## Résztevő nyilatkozata

Alulírott \_\_\_\_\_ jelentkezek a Csíksomlyói Ifjúsági Találkozóra (a továbbiakban CSIT), amely a Főegyházmegyei Ifjúsági Főlelkészség által kerül megszervezésre Csíksomlyón 2023. augusztus 15–19. között.

A 679/2016-os, a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelemről és az ilyen adatok szabad áramlásáról szóló európai uniós rendelet (GDPR) értelmében, **beleegyezem**, hogy a Főegyházmegyei Ifjúsági Főlelkészség feldolgozza a regisztráció során megadott adatokat a CSIT résztvevők nyilvántartása céljából.

**Hozzájárulok**, hogy a CSIT ideje alatt készült fotókat, videókat, bejegyzéseket, amelyeken szerepelek, a szervezők közvétegyék a közösségi médiában (Facebookon, Instagramon, YouTubeon) felhasználják a rendezvényről készült sajtóanyagokban és a tevékenységéről való beszámolás céljából

## Szülői beleegyezés

(kiskorú gyerek esetén)

Alulírott \_\_\_\_\_ (szülő neve) **beleegyezem**, hogy gyerekem \_\_\_\_\_ (gyermek neve) részt vegyen a Főegyházmegyei Ifjúsági Főlelkészség (továbbiakban FIF) által megszervezésre kerülő Csíksomlyói Ifjúsági Találkozón (továbbiakban CSIT) 2023. augusztus 15–19. között.

A 679/2016-os, a természetes személyeknek a személyes adatok kezelése tekintetében történő védelemről és az ilyen adatok szabad áramlásáról szóló európai uniós rendelet (GDPR) értelmében, **beleegyezem**, hogy a FIF feldolgozza a regisztráció során megadott adatokat, a CSIT résztvevők nyilvántartása céljából.

**Hozzájárulok**, hogy a CSIT ideje alatt készült fotókat, videókat, bejegyzéseket, amelyeken a gyermekem szerepel, a szervezők közvétegyék a közösségi médiában (Facebookon, Instagramon, YouTubeon) és felhasználják a rendezvényről készült sajtóanyagokban és a tevékenységéről való beszámolás céljából.

Kelt \_\_\_\_\_

2023. \_\_\_\_\_ (hó) \_\_\_\_\_ (nap)

\_\_\_\_\_ résztvevő aláírása

\_\_\_\_\_ szülő aláírása  
(kiskorú gyerek esetén)

**Megjegyzés:** Szükséges érvényes orvosi igazolás, amelyet a CSIT kezdete előtt maximum 5 nappal állít ki a családorvos arról, hogy egészségügyi szempontból részt vehetsz a táborban (románul: apt pentru tabără). A résztvevői nyilatkozatot és az orvosi igazolást a szülői nyilatkozattal együtt, a találkozóra [kell hozni eredeti példányban](#). A második oldal első felét a szülő tölti ki, a második felét a családorvos.

# Declarație

Subsemnații ..... părinții lui ..... prin prezenta:  
numele mamei și/sau tatălui ..... numele copilului .....

- aprob participarea copilului în tabără de *Întâlnirea Tineretului Catolic – CSIT 2023* în perioada 15–19. august 2023 la Șumuleu Ciuc organizată de *Oficiul Romano Catolic Arhidiocezan pentru Tineret Alba Iulia*.
- declar(ă) pe propria răspundere că copilul:
  - suferă/nu suferă de boli cronice sau boli care necesită tratament permanent
  - este/nu este alergic la medicamente
  - este/nu este alergic la alimente

Medicamente care trebuie administrate sunt:

| Denumirea medicamentului | Câte comprimate/doze trebuie administrate pe zi/intervalul de timp | Mențiuni |
|--------------------------|--|----------|
|                          |  |          |
|                          |  |          |
|                          |  |          |

Medicamente care trebuie administrate sunt: .....

Numele alimentului la care copilul meu este alergic: .....

În cazul în care după semnarea acestei declarații până la plecarea în tabără apar modificări în cele declarate mai sus voi anunța responsabili de grup.

Numărul de telefon al părintelui/părinților: .....

.....  
*data*

.....  
*semnătura părintelui/părinților:*

Județul .....

Localitatea .....

Unitatea sanitară .....

Nr. fișă/registru de consultații: .....

## Adeverință medicală

Se adeverește că ..... având CNP: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

sexul: M / F, cu domiciliul în județul ..... localitatea ..... str. ...., nr. ...., bl. ...., ap. ...., sect. .... având ocupația de ..... la .....

Este suferind de: ..... Se recomandă: .....

Rezultatul investigațiilor medicale: ..... Recomandări: .....

Apt pentru: ..... S-a eliberat prezenta spre a-i servi la: .....

.....  
*data eliberării*

.....  
*semnătura și parafa medicului*

L.S.