

ОБРАЩЕНИЕ В ПРОЕКТ «МЕЧТЫ СБЫВАЮТСЯ»
(заполняется аккуратным и разборчивым почерком)

1. ФИО ребёнка _____

2. Дата рождения _____

3. Диагноз _____

4. Название медицинской организации, в которой наблюдается ребенок и контактный телефон лечащего врача _____

5. Мечта _____

Я, _____

ФИО законного представителя

Законный представитель _____

ФИО ребенка

подтверждаю, что мой несовершеннолетний ребенок не имеет медицинских противопоказаний по заявленной мечте.

Настоящим принимаю на себя всю ответственность за причинение вреда жизни и/или здоровью моего сына/дочери, и даю обязательство не предъявлять никаких претензий организаторам проекта в случае причинения вреда жизни и/или здоровью моего ребенка. С правилами проведения проекта «Мечты сбываются» ознакомлен (а). Данное обязательство дано мной без какого-либо принуждения, в состоянии полной дееспособности.

Подпись: _____

6. Рассказ о ребенке, его интересах, увлечениях, как исполнение данной мечты может изменить жизнь или психоэмоциональное состояние ребенка.

