

План Самостійної Адвокатури

Мое ім'я: _____

Моя особлива потреба є: _____

Це значить мені тяжко: _____

Часом я: _____

Мені потрібно/помагає: _____

Мені не подобається коли: _____

Як що маєте ще питання або хочете більше інформації, прошу контактуватися з:

Підпис пластунки/пластуна

Дата

Дякую за Вашу підтримку в Пласті!

Батьки/опікуни:

Ім`я : _____

Відносини до пластунки/а: _____

Додаткові інформації та прохання:

Мій підпис засвідчує моє розуміння та згоду, що:

- вище подана інформація буде подана виховникам, які працюють із моєю дитиною протягом року, на таборах, прогуляках і т.д. Усі виховники склали Пластову Присягу, якою обіцяли шанувати всіх пластунів та приватність їх особистої інформації.
- я маю відповідальність щороку оновлювати цю форму з новою важливою інформацією.
- Пласт є добровільною організацією і може мати обмеження стосовно пристосувань, необхідних для вашої(го) пластунки(а).

Підпис батька/опікуна

Дата