

د تنظیم شویو تفریحی فعالیتونو لپاره د مور او پلار یا قانونی سرپرست رضایت د یو بلاعوض
مرستی درخواست په ارتباط

زه د ښاروالۍ ادارې ته اجازه ورکوم چې د درخواست په ارتباط سره زما د ماشوم شخصي معلومات (شخصي تفصیلات)
راټول او شریک کړي ترڅو د درخواست اړوند لگښتونه په یو تنظیم شوی تفریحی فعالیت کې ولگوي.

د ماشوم نوم:

د زیرېدلو نېټه:

د مور او پلار یا قانونی سرپرست لاسلیک:

درخواست، د رضایت د اعلاميې سره یوځای باید د Nordre Follo د عامې روغتیا همغږی کوونکی ته وړاندې شي.
د ښاروالۍ اداره به دا معلومات د یو کال لپاره، یا تر هغه وخت پورې چې موخه شتون لري، وساتي.

زه دا تاییدوم چې دا رضایت په آزاده او داوطلبانه توګه ورکړل شوی دی. زه په دې خبر یم چې زه هروخت چې وغواړم
خپل رضایت بیرته اخیستی شم.

نوم: _____ د زیرېدلو

نېټه: _____

ځای: _____ تاریخ: _____

د هغه کلوپ / ټولني / تجارت نوم چې ورڅخه معلومات راټول شوي دي:

د کلوپ / ټولني / خدمت ترلاسه کوونکی بریښنایي لاسلیک: _____

