



Rzymskokatolicka Parafia św. Jakuba Apostoła w Olsztynie

ul. Stanisława Staszica 12, 10-025 Olsztyn

tel. 89 527 32 80, 786 803 301

katedra.jakub@gmail.com • www.katedraolsztyn.pl

DEKLARACJA PIERWSZOKOMUNIJNA

w Rzymskokatolickiej Parafii św. Jakuba Apostoła w Olsztynie

IMIĘ/IMIONA I NAZWISKO DZIECKA	
DOKŁADNY ADRES ZAMIESZKANIA	
SZKOŁA	
NUMER TELEFONU RODZICÓW/OPIEKUNÓW	

Zobowiązujemy się do wypełnienia następujących warunków:

- ◆ w każdą niedzielę i święto nakazane uczestniczyć razem z dzieckiem we Mszy Świętej;
- ◆ pomagać dziecku w przyswojeniu sobie obowiązującego materiału z Katechizmu;
- ◆ systematycznie uczestniczyć z dzieckiem w:
 - Niedzielnej Mszy Świętej
 - Nabożeństwach różańcowych (październik),
 - Roratach (Adwent),
 - Drodze Krzyżowej (Wielki Post),
- ◆ wspierać nasze dziecko modlitwą i dobrym przykładem życia;
- ◆ współpracować z osobami prowadzącymi w parafii przygotowanie do Pierwszej Komunii Świętej;

Oświadczamy, iż zapoznaliśmy się z wymaganiami, jakie Kościół i parafia stawia dzieciom przygotowującym się do Pierwszej Komunii Świętej i ich rodzicom (opiekunom). Czujemy się odpowiedzialni za wychowanie religijne naszego dziecka i pragniemy, aby dobrze zostało przygotowane do spotkania z Chrystusem w Eucharystii.

Olsztyn, dnia

.....

.....

Podpisy rodziców

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1 Dekretu ogólnego w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w Kościele katolickim wydanego przez Konferencję Episkopatu Polski w dniu 13.03.2018 r. (dalej: Dekret) oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie przez administratora, którym jest Rzymskokatolicka Parafia św. Jakuba w Olsztynie moich danych osobowych w celu przygotowania dziecka do przyjęcia I Komunii świętej w wyżej wspomnianej parafii. Powyższa zgoda została wyrażona dobrowolnie zgodnie z art. 5 pkt 7 Dekretu i może być cofnięta w każdym czasie.

Data

Podpis



**Rzymskokatolicka Parafia św. Jakuba Apostoła
w Olsztynie**

ul. Stanisława Staszica 12, 10-025 Olsztyn

tel. 89 527 32 80, 786 803 301

katedra.jakub@gmail.com • www.katedraolsztyn.pl

**WYPEŁNIA PARAFIA CHRZTU DZIECKA
SKRÓCONY ODPIS
AKTU CHRZTU ŚWIĘTEGO**

....., dn. roku

Imiona i Nazwisko:

Data urodzenia:

Data Chrztu:

Nr aktu / rok:

L. S.

.....
czytelny podpis duszpasterza

WYPEŁNIA PARAFIA ZAMIESZKANIA DZIECKA

**ZGODA NA PRZYGOTOWANIE I PRZYJĘCIE
PIERWSZEJ KOMUNII ŚWIĘTEJ
POZA PARAFIĄ ZAMIESZKANIA**

Wyrażam zgodę, aby
imię i nazwisko dziecka

zamieszkały/a na terenie naszej parafii został/a przygotowany/a do przyjęcia Pierwszej Komunii Świętej
oraz przystąpił/a do niej w Rzymskokatolickiej Parafii św. Jakuba Apostoła w Olsztynie.

.....
miejsce, data

L. S.

.....
podpis i pieczęć proboszcza