

ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Nazwisko i imię rodzica / opiekuna prawnego*.....

Nazwisko i imię rodzica / opiekuna prawnego*.....

Adres zamieszkania rodzica / opiekuna prawnego*.....

.....

Telefony kontaktowe:.....

Adres zamieszkania rodzica / opiekuna prawnego*.....

.....

Telefony kontaktowe:.....

Wyrażamy zgodę na uczęszczanie syna/córki/podopiecznego*

(imię i nazwisko)

do Oddziału Przygotowania Wojskowego w Liceum Ogólnokształcącym im. ks. kard.
Stefana Wyszyńskiego w Staszowie.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

* - niepotrzebne skreślić. Wymagany jest podpis obydwójga rodziców jeżeli prawnie sprawują opiekę nad dzieckiem