

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

.....
(miejscowość, data)

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

.....
(miejscowość, data)

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

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