

ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Nazwisko, imię rodzica / opiekuna prawnego*:

Nazwisko, imię rodzica / opiekuna prawnego*:

Adres zamieszkania rodzica / opiekuna prawnego* :

Telefony kontaktowe :

Wyrażamy zgodę na uczęszczanie syna/córki/podopiecznego *.....
(imię, nazwisko dziecka)

do Liceum Ogólnokształcącego z Oddziałem Przygotowania Wojskowego w Zespole Szkół
w Czchowie.

.....
(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.