

Miejscowość..... , dnia.....

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

.....
adres zamieszkania

.....
telefon

ZGODA RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO*

Ja wyżej podpisany wyrażam zgodę na korzystanie dziecka

....., ur.,
nazwisko i imię dziecka data urodzenia dziecka

zam.
adres zamieszkania dziecka

ze specjalistycznej pomocy w.....

.....
podpis osoby przyjmującej zgodę

.....
podpis osoby składającej zgodę

*niepotrzebne skreślić