

ZGODA RODZICA /OPIEKUNA PRAWNEGO

Nazwisko i imię rodzica /opiekuna prawnego*:

Adres zamieszkania rodzica / opiekuna prawnego*:

Telefon kontaktowy:

Wyrażam zgodę na uczęszczanie syna/córki/podopiecznego*:

(imię i nazwisko)

do oddziału przygotowania wojskowego w

(nazwa szkoły)

.....

(miejsowość, data)

.....

(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)*

* -niepotrzebne skreślić