OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Ja, niżej podpisany/podpisana

……

Nazwisko i imiona rodziców /opiekunów prawnych

Zamieszkały/ zamieszkała ……

Adres

……

Nr Tel.

Wyrażam zgodę na uczęszczanie syna/córki/podopiecznego*

……

(imię i nazwisko ucznia)

Do Oddziału Przygotowania Wojskowego w Powiatowym Centrum Kształcenia Zawodowego i Ustawicznego w Wałczu

Jednocześnie oświadczam, iż nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do uczestnictwa mojego dziecka/podopiecznego w próbie sprawności fizycznej do szkoły.

…… ……

(Miejscowość, data) (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)

Oświadczenie należy dostarczyć najpóźniej w dniu próby sprawności fizycznej.

*niepotrzebne skreślić