**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