

ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA UCZĘSZCZANIE DO OPW

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 Liceum Służb Mundurowych
im. M. Płażyńskiego w Pucku

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego*)

* - niepotrzebne skreślić

Liceum Służb
Mundurowych
w Pucku