

Warszawa, dn. \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna prawnego: \_\_\_\_\_

Numer telefonu kontaktowego do rodzica/opiekuna prawnego: \_\_\_\_\_

WYRAŻAM ZGODĘ NA SAMODZIELNE WYJŚCIE MOJEGO DZIECKA :

\_\_\_\_\_ KLASA: \_\_\_\_\_

Oświadczam, jako rodzic / opiekun prawny, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo dziecka od momentu jego wyjścia z placówki po zakończonych zajęciach SKS 400.

\_\_\_\_\_

Podpis