

Zgoda na udział w konsultacjach w Warsztatach RCEZ dla ucznia niepełnoletniego

Jawyrażam zgodę na udział w konsultacjach mojej/go córki/syna
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....w dniu.....
Imię i nazwisko córki/syna

Oświadczam, że nie jestem objęta/y, kwarantanną, izolacją i nie mam objawów COVID-19.

.....
Podpis rodzica/opiekuna