

Zgoda na udział w zajęciach w Warsztatach RCEZ dla ucznia pełnoletniego

Ja PESEL

Imię i nazwisko

Wyrażam zgodę na udział w zajęciach w dniu

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

Podpis