

Kartuzy,.....

.....

(nazwisko i imię rodzica / opiekuna dziecka)

.....

.....

(nazwisko i imię, adres rodzica / opiekuna dziecka)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na udział córki / syna
w prowadzonych bezpośrednio z nauczycielem zajęciach rewalidacyjnych / zajęciach
wczesnego wspomagania rozwoju.

.....

(podpis rodzica/opiekuna)