

Stargard, dnia.....

.....
(Nazwisko i imię dziecka)

.....
(Nazwisko i imię rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(Adres zameldowania/pobytu)

.....
(Numer PESEL rodzica)

Młodzieżowy Ośrodek Socjoterapii

W Stargardzie

Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w lekcjach
(religia/etyka)

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