

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna)

.....
(data, miejscowość)

.....
.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/ny:

.....

Legitymująca/cy się dowodem osobistym o numerze:

.....

oświadczam, iż biorę pełną odpowiedzialność prawną w czasie zajęć wychowania fizycznego za swojego syna/córkę

ucznia/uczennicę klasy Cechowej Szkoły Rzemieślniczej w Gnieźnie w związku ze zwolnieniem lekarskim mojego dziecka z tych zajęć.

.....

(czytelny podpis rodzica-opiekuna)