............................................................ Chorzów, dnia ………………………….

(imię i nazwisko prawnego opiekuna)

............................................................

(ulica, numer domu)

............................................................

(kod pocztowy, miejscowość)

OŚWIADCZENIE

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę się na udział mojej córki / mojego syna / podopiecznego/ej\*............................................ uczennicy / ucznia\* Specjalnego Ośrodka Szkolno -Wychowawczego dla Młodzieży Niewidomej i Słabowidzącej w Chorzowie w wyjazdach i wyjściach poza teren szkoły organizowanych przez SOSW w Chorzowie. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich niezbędnych zabiegów lub operacji w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego dziecka / podopiecznego/ej.

..........................................................

(podpis prawnego opiekuna)

\*niepotrzebne skreślić