



Wieliszew, dnia

**ZGODA RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH
NA SAMODZIELNE OPUSZCZENIE
PRACOWNI TERAPEUTYCZNEJ MOTYLE POMOCY
PRZEZ DZIECKO**

Wyrażam zgodę na samodzielne opuszczenie Pracowni Terapeutycznej Motyle Pomocy przez moje dziecko po zakończonych zajęciach.

Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo mojego dziecka.

Oświadczam, że przejmuję odpowiedzialność za moje dziecko od momentu samodzielnego opuszczenia Pracowni Terapeutycznej Motyle Pomocy.

Zgoda jest ważna na czas nieokreślony/określony*, tj. od
do

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

*niepotrzebne skreślić


Wpłynęło dnia

(pieczętka i podpis osoby upoważnionej)

Pozostaniemy w kontakcie!

MOTYLE POMOCY
Pracownia Terapeutyczna Sylwia Ostrowska
NIP 5311721023 | REGON 527105917

 600 396 754

 Al. Solidarności 68/U2, 05-135 Wieliszew

 motylepomocy@gmail.com

 www.motylepomocy.com

