Maków Mazowiecki dn. ………………………………………

**Zgoda na uczestniczenie w spotkaniach edukacyjnych**

1. Rodzic/opiekun:

Wyrażam zgodę na uczestniczenie mojego dziecka ………………………………………………………………

w spotkaniach edukacyjnych, które odbywają się w Domu Św. Józefa ul. Kościelna 11.

Imię i nazwisko rodzica/ opiekuna …………………………………………………………………………………………

Nr telefonu do rodzica/ opiekuna ………………………………………………………………………………………….

Podpis rodzica/ opiekuna ………………………………………………………………………………………………………

1. Uczeń

Oświadczam, że zapoznałem się z Regulaminem ucznia i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

Podpis ucznia ………………………………………………………………………………………………………………………….

Nr telefonu ucznia …………………………………………………………………………………………………………………..

Adres email ucznia ………………………………………………………………………………………………………………….

*Dokument w jednym egzemplarzu do odebrania, przechowywany w siedzibie jw.*

*W przypadku braku możliwości wydruku proszę wypełnić i przesłać na email* [*spotkaniaujozefa@gmial.com*](mailto:spotkaniaujozefa@gmial.com)