

**Zgoda rodzica/opiekuna prawnego na udział dziecka w praktycznych konsultacjach
dla kandydatów do Zespołu Państwowych Szkół Plastycznych
im. Tadeusza Makowskiego w Łodzi**

.....
imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

.....
imię i nazwisko dziecka

.....
Adres

.....
PESEL dziecka

.....
Adres

.....
tel. kontaktowy

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę
na udział mojego syna/córki
w praktycznych konsultacjach dla kandydatów prowadzonych przez Zespół Państwowych
Szkół Plastycznych im. Tadeusza Makowskiego w Łodzi, ul. Mohandasa Gandhiego 14,
w dniach:

- poniedziałek: 14.30-16.20
- środa: 15.30-17.30
- czwartek: 16.30-19.00
- piątek: 15.00-16.30

Jednocześnie oświadczam, że dziecko nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do udziału
w tego rodzaju konsultacjach. Wyrażam zgodę na przeprowadzenie wszelkich niezbędnych
zabiegów w stanach zagrażających życiu lub zdrowiu mojego dziecka. Jako rodzic (prawny
opiekun) zabezpieczę dziecku bezpieczną drogę na zajęcia i jego powrót do domu.

.....
Data podpis rodzica/opiekuna prawnego