

ZGODA RODZICA

Wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki w Dniach Nauki w dniu:

Zajęcia będą odbywały się w godzinach 8.⁰⁰ – 12.²⁵ W trakcie trwania zajęć uczniowie pozostają pod opieką nauczycieli. Zobowiązuję się odebrać ucznia po zajęciach, bądź wyrażam zgodę na jego samodzielny powrót po ich zakończeniu.

Numer telefonu do kontaktu: