

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego/
pełnoletniego ucznia)

Kartuzy, dnia.....

.....
(adres zamieszkania)

Dyrektor

Zespołu Szkół Ogólnokształcących nr 2 w Kartuzach

Oświadczenie

Oświadczam, że nie wyrażam zgody na wydanie mnie/mojej córce/mojemu synowi*

.....
(imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

uczennicy/uczniowi* klasy..... w roku szkolnym 20...../20.....mLegitymacji.

.....
podpis pełnoletniego ucznia/rodzica/opiekuna prawnego

*niepotrzebne skreślić