



.....
.....
.....

/imię, nazwisko, adres/

Oświadczenie rodzica / opiekuna prawnego

Niniejszym oświadczam, że wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań przez lekarza/pedagoga/psychologa* syna/córki:

...../imię i nazwisko/

prorowadzonych w ramach rekrutacji do projektu „Szkatułka wiedzy i umiejętności”, nr WND-POKL.09.01.02-10-388/09, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Priorytet IX Rozwój wykształcenia i kompetencji w regionach, Działanie 9.1.2 Wyrównywanie szans edukacyjnych i zapewnienie wysokiej jakości usług edukacyjnych oraz zmniejszenie różnic w jakości usług edukacyjnych.

.....

/czytelny podpis/

* Właściwe podkreślić