



AKADEMIA
LESZKA BLANIKA

Gdańsk, dnia.....

ZGODA NA ODBIÓR DZIECKA Z PÓŁKOLONII AKADEMII LESZKA BLANIKA

Ja niżej podpisana/podpisany* (imię i nazwisko rodzica)
legitymująca/legitymujący* się dowodem osobistym o nr..... wyrażam zgodę na odbiór
z półkolonii Akademii Leszka Blanika syna/córki:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

przez Panią/Pana legitymującą/legitymującego
się dowodem osobistym o nr.....

Oświadczam, że biorę na siebie pełną odpowiedzialność prawną za bezpieczeństwo dziecka oraz
że przejmuję odpowiedzialność za syna/córkę* od chwili opuszczenia półkolonii.

.....
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

*niepotrzebne skreślić

STOWARZYSZENIE
„AKADEMIA LESZKA BLANIKA”

ul. K. Górskiego 1
80-336 Gdańsk

+48 572 372 788
kontakt@akademiablanika.pl

akademiablanika.pl