

Gdańsk _____

Wyrażam zgodę na udział:

Imię i Nazwisko dziecka

Wiek dziecka (lat)

Imię i Nazwisko dziecka

Wiek dziecka (lat)

**w Półkoloniach, w dniach _____ (Dni-Miesiąc-Rok)
organizowanych przy ulicy Leczkowa 27 przez KChB II w Gdańsku.**

Imię i Nazwisko Opiekuna

Nr tel. Rodzica/Opiekuna

podpis opiekuna

Zgodę prosimy wydrukować, wypełnić i dostarczyć Organizatorom
PIERWSZEGO DNIA PÓŁKOLONII.

Uwaga: Pisemna zgoda Opiekuna jest **konieczna** do przyjęcia dziecka na półkolonie.