Ożarów Mazowiecki……………

Dane rodziców/opiekunów prawnych

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

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

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

(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

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

(telefon kontaktowy) (wymagany adres e-mail)

Dyrektor   
 P P Nr 1 z Odział. Integracy.

ul. Ożarowska 34

05-850 Ożarów Mazowiecki

Oświadczenie

Potwierdzam wolę uczęszczania mojego dziecka ………………………………………………..

*(imię i nazwisko)*

na dyżur wakacyjny do …………………………………………………………………………….

*(nazwa i adres placówki )*  w terminie zadeklarowanym w złożonym wniosku, tj……………………………………………. .

………………………………………………….

podpis/y rodzica/rodziców/

opiekuna prawnego/opiekunów prawnych