

.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejsowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

Upoważnienie

Oświadczam, że do odbioru mojego syna/córki
z zajęć w Ośrodku Rewalidacyjno – Wychowawczym
w Barlinku upoważnione są następujące osoby

.....
.....

W wypadku, kiedy dziecko będzie odbierała inna osoba należy to zgłosić do nauczyciela
wychowawcy.

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna)





Ośrodek
Rewalidacyjno - Wychowawczy
Barlinek, ul. Henryka Sienkiewicza 15
Tel./fax: (095) 7462-447, e/mail: bratekbarlinek@gmail.com
www.bratek-barlinek.pl
KRS 0000171673

