

.....
(miejsowość, data)

**Zgoda opiekuna prawnego na udział dziecka w WARSZTATACH
PRZYSTANEK TWÓRCZOŚĆ / WAKACJE 2017**

Ja niżej podpisany/a
(imię i nazwisko rodzica / opiekuna)

legitymujący/a się dowodem tożsamości numer/ seria

wyrażam zgodę na udział córki / syna*

.....
(imię i nazwisko dziecka / wiek dziecka)

w zajęciach filmowo – artystycznych podczas Warsztatów Przystanek Twórczość Wakacje 2017,
organizowanych przez Stowarzyszenie Opolskie Lamy w terminie:

1 termin: 3-7 lipca 2017 (w godzinach 9:00 - 15:00) *

2 termin: 21-25 sierpnia 2017 (w godzinach 9:00 - 15:00) *

tel. kontaktowy:

.....
(podpis rodzica / Opiekuna)

*** właściwe podkreślić**



STOWARZYSZENIE OPOLSKIE LAMY

ul. Wojska Polskiego 2-4/82
45-863 Opole

/+48/ 607 232 476
/+48/ 725 066 504
/+48/ 693 365 542

www.opolskielamy.pl
opolskielamy@gmail.com