

.....
(miejscowość, data)

.....
(imię i nazwisko ucznia)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr telefonu i adres e-mail)

Dyrektor
Liceum Ogólnokształcącego
im. P. Stalmacha w Wiśle

ZGODA RODZICÓW

Dotyczy: przyjęcia ucznia do klasy sportowej/ mistrzostwa sportowego *

Wyrażam zgodę na przyjęcie mojego dziecka
(imię i nazwisko)

do klasy sportowej/ mistrzostwa sportowego* w I Liceum Ogólnokształcącego im. Pawła
Stalmacha w Wiśle w roku szkolnym do klasy
.....

*(niepotrzebne skreślić)

.....
podpis rodzica ucznia