

Imię i nazwisko uczestnika zajęć

Adres zamieszkania

Telefon kontaktowy (*mail*)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam/nie wyrażam * zgodę na uczestnictwo mojego syna/córki w zajęciach
odbywających się poza siedzibą Koneckiego Centrum Kultury.

.....
Podpis rodzica/opiekuna

.....
Miejscowość i data

* *niepotrzebne skreślić*