
ZGODA NA UCZESTNICTWO W ZAJĘCIACH AKADEMII MŁODEGO SIATKARZA OPOLE

Stwierdzam, że mój syn jest zdrowy i może uczestniczyć
(imię i nazwisko)
w zajęciach szkółki piłki siatkowej chłopców Akademii Młodego Siatkarza Opole.

Proszę o podanie:

data urodzenia:

tel. kontaktowy:

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis rodzica, prawnego opiekuna)

