**Załącznik nr. 4**

**…......................................................**

(imię i nazwisko)

**…......................................................**

**…......................................................**

(adres zamieszkania)

**…......................................................**

(numer PESEL)

OŚWIADCZENIE

rodziców/prawnych opiekunów

niepełnoletnich uczestników Studniówki 2018

I LO im. Juliusza Słowackiego w Częstochowie

Wyrażam zgodę oraz biorę pełną odpowiedzialność za samodzielny powrót mojego syna/ mojej córki

……………………………………………..

(imię i nazwisko)

po zakończeniu Studniówki I LO im. Juliusza Słowackiego w Częstochowie w dniu 06.01.2018r.

…..................................................................

(imię, nazwisko oraz podpis rodzica/ opiekuna)

Data: …........................................................