

Chrześcijańskie Liceum Samuel
ul. Mieczysława Pożaryskiego 25 bud. 29
04-703 Warszawa

Ja, wyrażam zgodę na nocowanie mojego dziecka
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(imię, nazwisko dziecka) (PESEL dziecka)

w Liceum Samuel podczas imprezy NOC W LICEUM.

.....
Data, czytelny podpis