

## ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Nazwisko i imię rodzica / opiekuna prawnego\*.....

Adres zamieszkania rodzica / opiekuna prawnego\*.....

Telefon kontaktowy:.....

E-mail kontaktowy:.....

Wyrażam zgodę na udział w teście sprawności fizycznej w dniu .....

mojego/mojej syna/córki/podopiecznego\*.....

*(imię nazwisko)*

.....  
*(miejsowość, data)*

.....  
*(czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego\*)*

\* - niepotrzebne skreślić