……………………….

miejsce, data

**Zgoda rodziców / opiekunów**

Ja niżej podpisana/y zapoznałam/em się z przesłanymi informacjami dotyczącymi programu profilaktyki zintegrowanej „Archipelag Skarbów®” i wyrażam zgodę na udział mojego dziecka …………………………………………………., klasa………………. w  programie organizowanym w szkole, w dniach ……………………….

………………………………

(czytelny podpis rodzica / opiekuna)