Załącznik nr 2

………………………dnia …………… 2020 r.

**ZGODA**

**NA UDZIELENIE POMOCY AMBULATORYJNEJ**

Ja, ……………………………………………………………………………… wyrażam

*(imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego)*

zgodę na udzielenie pomocy ambulatoryjnej mojemu dziecku …………………………..

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

*(imię i nazwisko dziecka)*

nr PESEL …………………………….., jeśli taka potrzebazaistnieje, w trakcie eliminacji wojewódzkich do VI Centralnego Zlotu Klas Mundurowych 2020, organizowanych przez Wojewódzki Sztab Wojskowy w …………………………………

|  |  |
| --- | --- |
| ………………………………………………  *(czytelny podpis pełnoletniego uczestnika)* | …………………………………………………  *(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)* |