

.....
(miejsowość, data)

Imię i nazwisko podpisującego deklarację rodzica /opiekuna/kandydata pełnoletniego*:

.....

adres zamieszkania:

tel. kontaktowy:

e-mail:

Miejsko-Gminne
Centrum Kultury i Sportu w Choroszczy
ul. Sienkiewicza 29
16-070 Choroszcz

Oświadczenie o rezygnacji z zajęć

Ja, niżej podpisany/a, oświadczam, że od dnia ja/moje dziecko*

.....

rezygnuje z uczęszczania na zajęcia

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna/kandydata pełnoletniego*)

* niepotrzebne skreślić