

....., dn.
miejsowość data

OŚWIADCZENIE o wyrażeniu zgody

(należy dostarczyć/przesłać pocztą lub faxem do OSK przed rozpoczęciem kursu)

Ośrodek Szkolenia Kierowców KOSZELA
ul. Buforowa 119
52 – 131 Wrocław
ul. Ziębicka 36
50 – 507 Wrocław
tel. 71 336 26 05
fax 71 783 98 89

My, niżej podpisani, wyrażamy zgodę na rozpoczęcie kursu nauki jazdy kategorii w Ośrodku Szkolenia Kierowców KOSZELA przez mojego syna/córkę/podopiecznego*:

.....
(imię i nazwisko osoby, której dotyczy zgoda)

.....
(miejsowość i data urodzenia)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

.....
(ulica, numer domu)

Dane prawnych opiekunów**:

.....
(imię i nazwisko matki/opiekunki)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

.....
(ulica, numer domu)

.....
(numer dowodu osobistego)

.....
(podpis)

.....
(imię i nazwisko ojca/opiekuna)

.....
(kod pocztowy, miejscowość)

.....
(ulica, numer domu)

.....
(numer dowodu osobistego)

.....
(podpis)

*niepotrzebne skreślić

**w przypadku śmierci rodziców należy załączyć kopię aktu zgonu