



Projekt pn. „Innowacje w częstochowskiej pomocy społecznej” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## ZGODA

Wyrażam zgodę na udział dziecka .....  
w zajęciach organizowanych w ramach funkcjonowania placówki wsparcia dziennego  
w projekcie "Innowacje w częstochowskiej pomocy społecznej"

### Dane dziecka:

Imię i  
nazwisko .....

data  
urodzenia .....

Nr  
PESEL .....

adres zamieszkania  
.....

### Dane rodzica:

Imię i nazwisko  
.....

tel. kontaktowy  
.....

.....

Miejscowość, data

Podpis rodzica (opiekuna  
prawnego, rodzica zastępczego)