

**ZGODA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO NA UDZIAŁ OSOBY NIEPEŁNOLETNIEJ
W PROJEKCIE**

Ja niżej podpisany (imię i nazwisko)

Jako rodzic / opiekun prawny wyrażam zgodę na udział

(imię i nazwisko uczestnika)

w projekcie DK+ INICJATYWY LOKALNE „OGARNIAMY MŁODYCH”

data

podpis