**ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH**

na udział syna/córki \* w projekcie pt.: „Poprawa dostępu do usług społecznych w Powiecie Złotowskim*”* w ramach Wielkopolskiego Regionalnego Programu Operacyjnego na Lata 2014-2020 (Oś priorytetowa 7 Włączenie społeczne, Działanie 7.2 Usługi społeczne i zdrowotne, Poddziałanie 7.2.1 Usługi społeczne – projekty pozakonkursowe realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego i ich jednostki organizacyjne).

\* niepotrzebne skreślić

Ja niżej podpisany(a) …………………………………………………………, legitymujący(a) się dowodem osobistym (seria)…………………... (numer)………..………… lub paszportem (seria)………………. (numer) ………………………. wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego córki/syna\* ………………………………………………………..…,
w projekcie pt.: „Poprawa dostępu do usług społecznych w Powiecie Złotowskim”.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

Telefony kontaktowe:

Uczestnika Projektu: ………………………………………………………………...

Rodzica/prawnego opiekuna: ………….…………………………………………

Miejscowość/ data: ………………………………………………