

Koszalin, dn.

.....
(Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Wyrażam zgodę, na udział
(imię i nazwisko podopiecznego)
..... w zajęciach hipoterapii,
prowadzonych podczas pobytu w ŚDS w Koszalinie.

Jednocześnie oświadczam, że **ma alergię / nie ma alergii** na sierść
konia.
(niepotrzebne skreślić)

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego