

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna

.....
Miejscowość, data

.....
Adres

.....
Numer dowodu osobistego

Nauka jazdy Quattro
Marek Hałub
Plac Stefanidesa 4
22-400 Zamość

Oświadczenie

Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę na rozpoczęcie kursu na prawo jazdy

kat w waszym ośrodku szkolenia przez mojego syna/córkę/podopiecznego*

..... ur.
Imię i nazwisko osoby której dotyczy zgoda Data urodzenia

zam w:

.....
Adres zamieszkania osoby której dotyczy zgoda

.....
Podpis rodzica/opiekuna

* niepotrzebne skreślić