



Zgoda na udział niepełnoletniego dziecka w zajęciach organizowanych w ramach Ogólnopolskiego Konkursu „Studium Talent”

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

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

w zajęciach z matematyki organizowanych przez Politechnikę Wrocławską w ramach Ogólnopolskiego Konkursu „Studium Talent” w roku akademickim 2017/2018.

Oświadczam, że stan zdrowia mojego dziecka pozwala na udział w zajęciach. Odpowiadam za bezpieczeństwo mojego dziecka w drodze do miejsca oraz z miejsca odbywania zajęć. Biorę odpowiedzialność finansową za szkody wyrządzone przez moje dziecko oraz nieprzestrzeganie przez nie zasad udziału w zajęciach.

.....
(data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego)



Politechnika Wroclawska
Studium Talent
MATEMATYKA
Wybrzeże Wyspiańskiego 25,
50-370 Wrocław
e-mail: studium.talent@pwr.edu.pl
Tel. 71 320 2778

Politechnika
Wroclawska