



Zgoda na udział w zajęciach w Technikum Nr 1 im. Mikołaja Kopernika w Żorach
dla ucznia pełnoletniego

Ja Wyrażam zgodę na udział w zajęciach w dniu

Imię i nazwisko, klasa

Oświadczam, że nie jestem objęta/y, kwarantanną, izolacją i nie mam objawów COVID-19

Podpis