

CZĘŚĆ IV

UPOWAŻNIENIE W CELU ZAPEWNIENIA PEŁNEGO BEZPIECZEŃSTWA DZIECI I WYELIMINOWANIA ICH ODBIORU PRZEZ OSOBY NIEUPOWAŻNIONE INFORMUJĘ, ŻE TYLKO NIŻEJ WYMIENIONE OSOBY MOGĄ ODEBRAĆ DZIECKO (imię i nazwisko Dziecka)
ZE ŻŁOBKA SAMORZĄDOWEGO NR 1 W CHOROSZCZY:

1. Rodzice:

Imię i nazwisko	seria i numer dowodu osobistego	Adres	Nr telefonu

2. Inne osoby:

Imię i nazwisko	seria i numer dowodu osobistego	Pokrewieństwo	Adres	Nr telefonu

Choroszcz, dnia

.....

(czytelny podpis Rodziców/Opiekunów prawnych)