

**OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO\*\*  
O WYRAŻENIU ZGODY NA UDZIAŁ DZIECKA  
W KONKURSIE „Augustów – Kocham to miasto”**

JA NIŻEJ PODPISANY/A:

\*Imię i nazwisko rodzica (opiekuna prawnego).....

\*Numer telefonu .....

\*Adres .....

WYRAŻAM ZGODĘ, JAKO RODZIC/OPIEKUN PRAWNY\*\* NA UDZIAŁ MOJEGO DZIECKA:

\*Imię i nazwisko dziecka .....

\*Adres .....

W konkursie „Augustów – Kocham to miasto”, którego Organizatorem jest Gmina Miasto Augustów.

Oświadczam jako rodzic/opiekun prawny\*\*, iż zapoznałem/am się z Regulaminem Konkursu „Augustów - Kocham to miasto” i akceptuję jego postanowienia.

-----  
Miejscowość i data

-----  
Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego\*\*

\* pole obowiązkowe  
\*\* niepotrzebne skreślić