



Ośrodek Pomocy Społecznej

ul. Strzelecka 29
74 – 320 Barlinek
tel./fax. (95) 74 60 014
www.ops-barlinek.pl

Barlinek, dnia.....

.....

.....

.....

(imię i nazwisko rodzica / opiekuna prawnego,
adres zamieszkania i nr telefonu)

Ośrodek Pomocy Społecznej
ul. Strzelecka 29
74-320 Barlinek

OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO

Oświadczam, że wyrażam zgodę, aby moje dziecko

.....

(imię i nazwisko dziecka, PESEL)

świadczyło usługi w formie wolontariatu w Ośrodku Pomocy Społecznej w Barlinku na rzecz klientów Ośrodka, w ramach wspierania inicjatyw i przedsięwzięć o charakterze pomocy społecznej.

.....

(data podpis rodzica /opiekuna prawnego)