

.....dn.....
[miasto], [data]

.....
Imię i nazwisko rodzica lub opiekuna prawnego

.....
Adres zamieszkania

.....
Numer telefonu

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany/na wyrażam zgodę na podjęcie studiów w Społecznej Akademii Nauk mojego/mojej syna/córki a także na podpisanie umowy o warunkach odpłatności za studia i dokumentów związanych z procesem rekrutacji i kształcenia przez syna/córkę:

.....
imię i nazwisko

.....
data urodzenia

.....
PESEL

.....
Podpis rodzica lub prawnego opiekuna