Warszawa, (data)…………..

**Dane rodzica/prawnego opiekuna:**

imię i nazwisko: …………………………………..

adres: ………………………………………………….

tel.: ………………………………………………………

e-mail: …………………………………………………

**Potwierdzenie woli zapisu do młodzieżowego ośrodka socjoterapii (MOS)**

Deklaruję wolę zapisu mojego dziecka (imię i nazwisko dziecka):

........................................................................................................................................

do **Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii Nr 7 w Warszawie, ul Osowska 81,**  do której zostało zakwalifikowane w roku szkolnym 20………/20……….

……………………………………………………………

Data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

Warszawa, (data)…………..

**Dane rodzica/prawnego opiekuna:**

imię i nazwisko: …………………………………..

adres: ………………………………………………….

tel.: ………………………………………………………

e-mail: …………………………………………………

**Potwierdzenie woli zapisu do młodzieżowego ośrodka socjoterapii (MOS)**

Deklaruję wolę zapisu mojego dziecka (imię i nazwisko dziecka):

........................................................................................................................................

do **Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii Nr 7 w Warszawie, ul Osowska 81,**  do której zostało zakwalifikowane w roku szkolnym 20………/20……….

……………………………………………………………

Data i czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna

Warszawa, (data)…………..

**Dane pełnoletniego kandydata:**

imię i nazwisko: …………………………………..

adres: ………………………………………………….

tel.: ………………………………………………………

e-mail: …………………………………………………

**Potwierdzenie woli zapisu do młodzieżowego ośrodka socjoterapii (MOS) dla kandydatów pełnoletnich zakwalifikowanych do przyjęcia**

Deklaruję wolę zapisu do **Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii Nr 7 w Warszawie, ul. Osowska 81**

w roku szkolnym 20……./20…….

……………………………………………………………

Data i czytelny podpis

Warszawa, (data)…………..

**Dane pełnoletniego kandydata:**

imię i nazwisko: …………………………………..

adres: ………………………………………………….

tel.: ………………………………………………………

e-mail: …………………………………………………

**Potwierdzenie woli zapisu do młodzieżowego ośrodka socjoterapii (MOS) dla kandydatów pełnoletnich zakwalifikowanych do przyjęcia**

Deklaruję wolę zapisu do **Młodzieżowego Ośrodka Socjoterapii Nr 7 w Warszawie, ul. Osowska 81**

w roku szkolnym 20……./20…….

……………………………………………………………

Data i czytelny podpis