

Sobolew, dnia

.....
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(imię i nazwisko ucznia)

.....
(klasa)

**Zespół Szkół Ponadpodstawowych
im. Tadeusza Kościuszki w Sobolewie
ul. Kościuszki 19
08-460 Sobolew**

OŚWIADCZENIE O SPRZECIWIE

Niniejszym wyrażam sprzeciw wobec wystawienia mojemu dziecku mLegitymacji szkolnej na telefon w Systemie Informacji Oświatowej (SIO).

.....
(czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego)