

Częstochowa, dnia.....

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

.....  
(Data urodzenia rodzica lub opiekuna prawnego)

.....  
(Adres zamieszkania rodzica lub opiekuna prawnego)

.....  
(nr telefonu rodzica lub opiekuna prawnego)

### **Zgoda rodzica / opiekuna prawnego**

Niniejszym wyrażam zgodę na przeprowadzenie badań lekarskich

(imię i nazwisko ucznia) ..... PESEL .....

w celu stwierdzenia braku lub istnienia przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu/ kierowania pojazdami w kategorii prawa jazdy B/\* B+C\*, **bez mojej obecności**.

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

\* Niepotrzebne skreślić