

 <p>KAPITAŁ LUDZKI NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI</p>	<p>Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego</p>	<p>EUROPEJSKI FUNDUSZ SPOŁECZNY</p> 
---	---	---

**Oświadczenie o rezygnacji udziału w projekcie
„Poszerzamy możliwości. Program wyrównywania szans uczniów niepełnosprawnych ZSO nr 5”
(załącznik nr 4)**

Ja/My niżej podpisany (-a, -ni) w imieniu dziecka

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

(imię i nazwisko, adres, PESEL)

oświadczam (-y), że rezygnuję (-emy) z uczestnictwa w projekcie **„Poszerzamy możliwości. Program wyrównywania szans uczniów niepełnosprawnych ZSO nr 5”**

Przyczyną rezygnacji jest:

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

.....
Data, czytelny podpis rodzica/opiekuna