



## ZGODA NA SAMODZIELNY POWRÓT

Wyrażam zgodę, aby moje dziecko .....  
(imię i nazwisko dziecka)

**WRACAŁO SAMODZIELNIE** z Oratorium Świętokrzyskiego Świętego Jana Bosko do domu

Adres: .....  
(ulica, nr, domu, kod pocztowy)

.....  
data, podpis rodzica/opiekuna, numer telefonu

tel. **601 489 110** (biuro pn-pt 9.00-17.00)

@: [oratorium@salezjanie.kielce.pl](mailto:oratorium@salezjanie.kielce.pl)

[www.oratoriumswietokrzyskie.pl](http://www.oratoriumswietokrzyskie.pl)