|  |
| --- |

| Imię i nazwisko |  |
| --- | --- |
| Adres zamieszkania |  |

((miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE**

|  |
| --- |

Wyrażam zgodę, by wychowanek/a

|  |
| --- |

w dniu opuścił/a rodzinę, która pełniła funkcję rodziny zastępczej i przeszła/edł na warunki związane z kontynuacją nauki.

| Data | Podpis opiekuna usamodzielnienia |
| --- | --- |
| . |   |