

Chorzów, dnia 20.... r

.....
(imiona i nazwisko/a/ rodziców/ opiekunów)

.....
.....
(adres zamieszkania)

**Dyrektor
Uniwersyteckiego I Liceum Ogólnokształcącego
im. Juliusza Słowackiego
w Chorzowie**

OŚWIADCZENIE

Niniejszym deklaruję wolę udziału mojego / mojej syna/córki*

.....
(imię i nazwisko)

w międzyoddziałowych zajęciach specjalizacji CAMBRIDGE, oraz przystąpienie do testu diagnostycznego w celu ustalenia poziomu znajomości języka angielskiego według Europejskiego Systemu Opisu Kształcenia Językowego CEFR.

*niepotrzebne skreślić

.....
(podpisy rodziców/prawnych opiekunów)

UWAGA!

W przypadku wyrażenia zgody i kwalifikacji przyjmuję także do wiadomości, że ww. zajęcia mogą odbywać się w godzinach popołudniowych, a obecność dziecka na nich jest obowiązkowa.