

.....

(imię i nazwisko)

.....

(adres zamieszkania)

.....

(telefon)

Nowa Sól, dnia.....

O Ś W I A D C Z E N I E

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie badania testowego na zawartość narkotyku w organizmie syna/ córki w przypadku, gdy zachodzi uzasadnione podejrzenie, że jest pod wpływem środków psychoaktywnych.

.....

(podpis rodzica/ opiekuna prawnego)