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

imię i nazwisko wychowanka

**O Ś W I A D C Z E N I E**

 Wyrażam zgodę na udział w akcjach wolontariatu proponowanych lub organizowanych przez Zespół Placówek Resocjalizacyjno – Socjoterapeutycznych w Oławie poza terenem Placówki.

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

podpis wychowanka