

ZGODA RODZICÓW LUB PRAWNYCH OPIEKUNÓW NA WYDANIE LICENCJI LUB ŚWIADECTWA KWALIFIKACJI CZŁONKA PERSONELU LOTNICZEGO

....., dnia
(miejsowość)

My niżej podpisani

1. Imię i nazwisko

Nr dowodu osobistego....., PESEL

nr.Tef., adres e-mail:

2. Imię i nazwisko

Nr dowodu osobistego....., PESEL

nr.Tef., adres e-mail:

Wyrażamy zgodę na wykonanie badań w celu weryfikacji do wydania orzeczenia lekarsko-lotniczego /
świadectwa kwalifikacji¹⁾ członka personelu lotniczego dziecka pozostającemu pod naszą prawną
opieką.

/imię, nazwisko, data urodzenia dziecka/

Podpisy rodziców/opiekunów :

.....

.....

¹⁾ Niepotrzebne skreślić