

.....
(imię i nazwisko osoby uprawnionej)

**ZAŚWIADCZENIE/OŚWIADCZENIE *) O UCZĘSZCZANIU OSOBY
UPRAWNIONEJ DO SZKOŁY LUB SZKOŁY WYŻSZEJ**

Zaświadczam/oświadczam *), że w roku szkolnym/akademickim/.....
uczęszczę/..... uczęszcza *) do szkoły / szkoły wyższej
(imię i nazwisko osoby uczęszczającej)

.....
.....
(nazwa i adres szkoły/ szkoły wyższej)

**Oświadczam, że jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie
fałszywego oświadczenia **).**

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis osoby wystawiającej zaświadczenie / składającej oświadczenie *)

*) Niepotrzebne skreślić.

**) Dotyczy wyłącznie oświadczenia.

Zał. Nr. 5

DRUMED 95-100 Zgierz; ul. Aleksandrowska 2, tel/fax 42 716 05 15