Legnica, dnia …………………………………………..

………………………………………………………………….

imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego

………………………………………………………………….

…………………………………………………………………

 (adres zamieszkania)

…………………………………………………………………

 (nr PESEL/data urodzenia)

 Starostwo Powiatowe

 59-220 Legnica

 Plac Słowiański 1

**ZGODA**

W związku z przepisami art. 11 ust. 2 oraz art. 21 ust. 2 ustawy z dnia 5 stycznia 2011r. o kierujących pojazdami (t.j Dz. U z 2021 poz.1212) jako rodzic/opiekun prawny wyrażam zgodę na rozpoczęcie szkolenia oraz uzyskania przez:

1. Imię (imiona) i nazwisko: ……………………………………………………………………………………………….
2. PESEL/data urodzenia ……………………………………………………………………………………………….

prawa jazdy kategorii ………..

 ………………………………………………………………………

 data, podpis rodzica/opiekuna prawnego