

Chybie, dnia.....

.....
(imię i nazwisko rodzica)

.....
(adres)

**OŚWIADCZENIE
O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB INNE WZGLĘDY ZDROWOTNE KANDYDATA,
JEGO RODZICÓW LUB RODZEŃSTWA**

Ja niżej podpisana/y:

OŚWIADCZAM

(proszę określić niepełnosprawność dziecka lub inne względy zdrowotne kandydata, jego rodziców lub rodzeństwa)

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

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.¹

¹ Zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu karnego – kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zezna nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.