

.....(miejscowość).....(data)

Zgoda drużynowego/ej na kurs HOPR

Wyrażam zgodę na wzięcie udziału mojego harcerza/harcerki(imię i nazwisko)
w wydarzeniu harcerskim – Kurs Sanitariusza HOPR w dniach 23-25.10.2026.

.....
podpis drużynowego/drużynowej