

KARTA POTWIERDZENIA KONTYNUACJI

Pola zaznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia w formularzu.

Potwierdzam wolę kontynuacji uczęszczania mojego dziecka do jednostki:

Nazwa jednostki*	Nazwa grupy*

Dziecko będzie uczęszczało do jednostki od godziny: do godziny

DANE IDENTYFIKACYJNE KANDYDATA

Imiona:						Nazwisko:					
PESEL*											
Data urodzenia*			dzień			miesiąc			rok		
W przypadku braku numeru PESEL należy podać rodzaj, serię oraz numer innego dokumentu tożsamości:											

DANE ADRESOWE KANDYDATA

Adres zamieszkania							
Kraj	Polska			Ulica			
Gmina	G:, P:,			Nr budynku		Nr lokalu	
	W:			Kod pocztowy			
Miejscowość				Poczta			
Dane kontaktowe							
Telefon				Adres e-mail			

DANE RODZICÓW

(W przypadku, gdy ustanowiono opiekę prawną nad dzieckiem, należy podać dane opiekunów prawnych)

	Matka/opiekunka prawna	Ojciec/opiekun prawny
Stopień pokrewieństwa		
Imię i nazwisko		
Telefon		
Adres e-mail		

Proszę wypełnić obie kolumny, gdy adresy zamieszkania rodziców są różne.

Adresy zamieszkania rodziców		
Kraj		
Województwo		
Powiat		
Gmina		
Miejscowość		
Ulica		
Nr budynku		
Nr lokalu		
Kod pocztowy		
Poczta		

.....

podpis matki/opiekunki prawnej

.....

podpis ojca/opiekuna prawnego

....., dnia