

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 przedszkola/ oddziału przedszkolnego w szkole podstawowej w godzinach: od do

Dziecko będzie korzystało z następujących posiłków: (Ś) śniadanie, (O) obiad, (P) podwieczerek (właściwe zakreślić).

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					
Województwo*		Ulica			
Powiat*		Nr budynku*		Nr lokalu	
Gmina*		Kod pocztowy *			
Miejscowość*		Poczta*			
Dane kontaktowe					
Telefon		Adres e-mail			

DODATKOWE INFORMACJE O KANDYDACIE

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego	Tak / Nie / Odmawiam odpowiedzi
Numer orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego	
Miejsce urodzenia kandydata	

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		
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