

.....
.....
.....
.....
.....
.....
SZKOŁA ANGIELSKA:

Nazwa szkoły.....
.....

Adres szkoły.....
.....

KONTAKT:

Rodziców/opiekunów prosimy o podanie swoich danych osobowych.

I KONTAKT:

Tytuł..... Imię.....

Nazwisko..... Telefon.....

E-mail..... Adres.....
.....

II KONTAKT:

Tytuł..... Imię.....

Nazwisko..... Telefon.....

E-mail..... Adres.....
.....

Wyrażam zgodę na otrzymywanie korespondencji pocztą elektroniczną:

TAK/NIE

Podpisując, rodzice/opiekunowie wyrażają zgodę na udzielenie dziecku przebywającemu w szkole pomocy lekarskiej włącznie z lekami. Zobowiązują się również do odbierania dziecka po zakończeniu zajęć szkolnych osobiście.

Podpis.....

Data.....