

## 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			
Województwo		Ulica	
Miejscowość		Nr budynku	Nr lokalu
Poczta		Kod pocztowy	

### DANE RODZICÓW

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

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

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

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

.....  
podpis matki/opiekunki prawnej  
....., dnia .....

.....  
podpis ojca/opiekuna prawnego