

FORMA REJESTRACZYINA na rok: 20 ___/20 ___

Imię i nazwisko ojca: _____ Tel. Kom. _____

Imię i nazwisko matki: _____ Tel. Kom. _____

Adres: _____ Miasto: _____ Kod: _____

Email adres: _____

Imię i nazwisko ucznia	Data urodzenia Miesiąc, dzień, rok	Miejsce urodzenia	Klasa
1.	/ /		
2.	/ /		
3.	/ /		
4.	/ /		
5.	/ /		

DO ZAPŁATY ZA CALY ROK

Kontakt w nagłych wypadkach, gdy nie można
skontaktować się z rodzicami

Imię i nazwisko: _____

Telefon: _____

Suma wpłaty	Nr. Czeku	Data	Podpis wpłacającego	Podpis przyjmującego wpłatę	Do zapłaty zostaje