Golice, dnia……………………

ZGŁOSZENIE DZIECKA NA KONSULTACJE

Imię i nazwisko dziecka……………………………………………………………………………………

Klasa……………………………

Planowany czas pobytu w szkole od godziny………………………..do godziny………….

Obiady……………………………………………

………………………………………………

(Czytelny podpis rodzica lub opiekuna)