



KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

Imię dziecka

Nazwisko dziecka

data urodzin

adres zamieszkania

.....

tel.mama

imię.....

tel. tata.....

imię.....

mail kontaktowy

Wyrażam zgodę/ Nie wyrażam zgody* na samodzielny powrót dziecka z zajęć w Pracowni do domu

*niepotrzebne skreślić

data i podpis rodzica

Informacje o ewentualnych uczuleniach dziecka:

zapoznałem się z regulaminem

data i podpis rodzica