



SZKOŁA PODSTAWOWA AKADEMIA SOWARD

ul. LEGIONÓW 23, 42-202 Częstochowa

WNIOSEK O PRZYJĘCIE DO KLASY NA ROK SZKOLNY

DANE OSOBOWE UCZNIĄ:

NAZWISKO:

IMIĘ: DRUGIE IMIĘ:

DATA URODZENIA:

MIEJSCE URODZENIA:

IMIĘ OJCA: IMIĘ MATKI:

PESEL: NARODOWOŚĆ:

ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA:

MIEJSCOWOŚĆ:	<input type="text"/>
KOD POCZTOWY:	<input type="text"/>
ULICA:	<input type="text"/>
NR DOMU/ NR MIESZKANIA:	<input type="text"/>
WOJEWÓDZTWO:	<input type="text"/>

ADRES DO KORESPONDENCJI:

MIEJSCOWOŚĆ:	<input type="text"/>
KOD POCZTOWY:	<input type="text"/>
ULICA:	<input type="text"/>
NR DOMU/ NR MIESZKANIA:	<input type="text"/>
WOJEWÓDZTWO:	<input type="text"/>

DANE OSOBOWE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW:

IMIĘ I NAZWISKO MATKI/OPIEKUNA

TELEFON:

EMAIL:

IMIĘ I NAZWISKO OJCA/OPIEKUNA

TELEFON:

EMAIL:

INNE INFORMACJE O DZIECKU:

ALERGIE/PRZYJMOWANE LEKI/POSIADANE OPINIE LUB ORZECZENIA:
<input type="text"/>
<input type="text"/>

ADRES I NUMER SZKOŁY REJONOWEJ
<input type="text"/>

Częstochowa, dnia.....20..... roku

.....
podpis rodziców/opiekunów