KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

|  |
| --- |
| Dane Podopiecznego: |
| Imię i nazwisko: |  |
| Data urodzenia: |  |
| Nr szkoły/przedszkola: |  |
| PESEL: |  |
| Uwagi/choroby: |  |

|  |
| --- |
| Dane Opiekuna: |
| Imię i nazwisko: |  |
| E-mail: |  |
| Nr kontaktowy: |  |
| Skąd dowiedziałeś się o Akademii? |  |

………………………………………………………………………….……

Podpis Opiekuna