**KARTA POTWIERDZENIA KONTYNUACJI**

Pola zaznaczone gwiazdką są obowiązkowe do wypełnienia w formularzu.

Potwierdzam wolę kontynuacji uczęszczania mojego dziecka do jednostki:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa jednostki\* | Nazwa grupy\* |
| Przedszkole Miejskie nr 4 Fantazja |  |

Dziecko będzie uczęszczało do jednostki od godziny: ………….. do godziny …………..

**DANE IDENTYFIKACYJNE KANDYDATA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imiona:\* | | | | | | Nazwisko:\* | | | | | |
| PESEL\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Data urodzenia\* | | | dzień | | | miesiąc | | | rok | | |
| Miejsce urodzenia\* | | |  | | | | | | | | |
| W przypadku braku numeru PESEL należy podać rodzaj, serię oraz numer innego dokumentu tożsamości: | | | | | | | | | | | |

**DANE ADRESOWE KANDYDATA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adres zamieszkania | | | | | |
| Województwo |  | Ulica | |  | |
| Powiat |  | Nr budynku |  | Nr lokalu |  |
| Gmina |  | Kod pocztowy | |  | |
| Miejscowość |  | Poczta | |  | |
| Dane kontaktowe | | | | | |
| Telefon |  | Adres e-mail | |  | |

**DANE RODZICÓW**

(W przypadku, gdy ustanowiono opiekę prawną nad dzieckiem, należy podać dane opiekunów prawnych)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Matka/opiekunka prawna | Ojciec/opiekun prawny |
| Stopień pokrewieństwa |  |  |
| Imię i nazwisko |  |  |
| Telefon |  |  |
| Adres e-mail |  |  |

Proszę wypełnić obie kolumny, gdy adresy zamieszkania rodziców są różne.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adresy zamieszkania rodziców | | |
| Kraj | Polska | Polska |
| Województwo |  |  |
| Powiat |  |  |
| Gmina |  |  |
| Miejscowość |  |  |
| Ulica |  |  |
| Nr budynku |  |  |
| Nr lokalu |  |  |
| Kod pocztowy |  |  |
| Poczta |  |  |

……………………….................. …………………………..…………..

podpis matki/opiekunki prawnej podpis ojca/opiekuna prawnego

…………..…………………., dnia ……………………….