SZKOŁA MARZEŃ
Szkoła Podstawowa TWP
Radom ul. Partyzantów 5/7 tel. 48/362-26-28 www.twp.radom.pl

KWESTIONARIUSZ

Proszę o przyjęcie mojego dziecka do Szkoły Podstawowej TWP

1. Nazwisko .....
2. Imiona .....
3. Data i miejsce urodzenia .....
4. Imiona rodziców .....
5. PESEL | | | | | | | | | | | |
6. Obywatelstwo ..... Narodowość .....

7. Adres stałego zamieszkania

Ulica …… nr domu/ nr mieszkania …….. / …….
kod pocztowy
miejscowość
telefon kontaktowy Matka: …… Ojciec: …… Inny: ……
e-mail

Obwód Publicznej Szkoły Podstawowej, do którego dziecko przynależy:

……..
nazwa i adres szkoły

Prawdziwość powyższych danych poświadczam własnoręcznym podpisem

.....	.....	.....
miejscowość	*data*	*podpis*

W przypadku przyjęcia mojego dziecka do Szkoły Podstawowej TWP, wyrażam zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych do celów organizacyjnych szkoły.

.....
podpis