



TERMÍN\*

14.7. - 21.7.

18.8. - 25.8.

Příjmení	
Jméno	
Věk	
Adresa vč. PSČ	
Kontaktní telefon	
E-mail	
Jak dlouho dítě studuje AJ?	
Po kolikáté jede na tábor?	
Zdravotní pojišťovna	
Zdravotní a jiná omezení	

Jsem seznámen/a s Všeobecnými smluvními podmínkami pro Letní jazykový tábor a souhlasím s nimi.

Datum:

Podpis zákonného zástupce:

\* Vybraný termín prosím označte