



TERMÍN*

9.-13.7.

23.-27.7.

30.7. - 3.8.

6.8. - 10.8.

13.8. - 17.8.

27.-31.8.

Příjmení	
Jméno	
Věk	
Adresa vč. PSČ	
Kontaktní telefon	
E-mail	
Jak dlouho dítě studuje AJ?	
Po kolikáté bude ve škol(c)e?	
Zdravotní pojišťovna	
Zdravotní a jiná omezení	

Jsem seznámen/a s Všeobecnými smluvními podmínkami pro Letní jazykovou školu a školku a souhlasím s nimi.

Datum:

Podpis zákonného zástupce:

* Vybraný termín prosím označte