



TERMÍN*

15. – 19. 7.

22. – 26. 7.

5. – 9. 8.

12. – 16. 8.

19. – 23. 8.

26. – 30. 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