

Potvrzení o účasti zákonného zástupce na denní formě studia



Dětská skupina Josefka

Zákonný zástupce

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Trvalé bydliště:

dítěte

Jméno a příjmení:

Datum narození:

Bytem (pokud se liší):

Název školy:

IČO:

Sídlo:

výše uvedená osoba

je studentem/studentkou v denní formě studia

Počátek školního roku:

Počátek studia:

Předpokládané ukončení studia:

.....
Razítko školy

.....
Jméno, funkce a podpis
osoby vydávající potvrzení

V dne