



Podanie o miejsce w Skólasel

Imię dziecka: _____

Nr. identyfikacyjny dziecka: _____

Rodzice / opiekunowie: _____

Numer identyfikacyjny płatnika: _____

Adres: _____

Telefon: _____

Adres e-mail: _____

Pełny pobyt

13:15-16:00 poniedz. - piątek

Zniżka dla rodzeńst

Połowa pobytu

Miðast við 6 klst á viku/odpowiada 6 godz.tygod. .

Odbiór dziecka

Samotni rodzice

Samodzielnie do domu

Skólasel
Sandgerðisskóli

425-3105

425-3100

Podpis rodzica opiekuna i data