….......................................................................................................................................

IMIĘ I NAZWISKO

WIEK………………………………………………..

….......................................................................................................................................

IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO\*

\*niepotrzebne skreślić

…................................................................................

NUMER TELEFONU

….................................................................................

MAIL

Wyrażam zgodę na otrzymywanie informacji drogą mailową lub telefoniczną na temat działań realizowanych przez Polskie Towarzystwo Taneczne okręg warmińsko-mazurski.

…...............…...................................................................

Data i podpis

www.wmptt.pl

**poczta@wmptt.pl**

tel.: 789- 391 -748 /502 097 766