

REZYGNACJA**Z UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH
REALIZOWANYCH PRZEZ GMINNE CENTRUM KULTURY I SPORTU W ŻAROWIE
W ROKU SZKOLNYM 2024/2025**

Z dniem**rezygnuję** z uczestnictwa w zajęciach,
których koszt wynosi...../miesiąc.

DANE UCZESTNIKA ZAJĘĆ	
IMIĘ I NAZWISKO	
DATA URODZENIA	
DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO/PEŁNOLETNIEGO UCZESTNIKA ZAJĘĆ*	
IMIĘ I NAZWISKO	
TELEFON KONTAKTOWY	
E-MAIL	
ADRES DO KORESPONDENCJI	
POWYŻSZA TABELĘ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI	

data złożenia REZYGNACJI	
czytelny podpis rodzica /opiekuna prawnego/pełnoletniego uczestnika zajęć*	

- niepotrzebne skreślić (w przypadku osób nieletnich prosimy o podanie danych Rodzica/Opiekuna prawnego).*

WYPEŁNIA PRACOWNIK SEKRETARIATU GCKIS	
Adnotacja Pracownika sekretariatu dot. uregulowania płatności
	Uczestnik, z dniem został skreślony z listy.
Data przyjęcia rezygnacji	
Czytelny podpis pracownika GCKIS	