



Анкета

Р
Е
Б
Ё
Н
О
К

Фамилия : Имя :
Дата рождения :
Адрес :
Педиатр : Телефон :
Аллергии :
Assurance RC :
Assurance Accidents :
Выбор группы : День/Время :
Класс основной школы : ☐ 1P ☐ 2P ☐ 3P ☐ 4P ☐ 5P ☐ 6P

Р
О
Д
И
Т
Е
Л
И

Мать :

Фамилия : Имя :
Телефон :
Адрес :
E-mail :

Отец :

Фамилия : Имя :
Телефон :
Адрес :
E-mail :

Контактное лицо в экстренном случае:

Фамилия : Имя :
Телефон :

Оплата:

- | | |
|--|--|
| ☐ Квитанция об оплате | ☐ E-Banking (банковский перевод) |
| ☐ По триместрам | ☐ За год (3% скидка на общую сумму) |

Par la signature de ce document, je confirme avoir pris connaissance et accepté les termes et conditions du contrat.

Место/Дата : Подпись :

РОДНАЯ ШКОЛА