

P O T V R Z E N Í

Potvrzuji, že můj syn / dcera _____, žák / žákyně _____ třídy,
trpí / netrpí ¹⁾ žádnými alergiemi.

V případě výskytu alergií uveďte veškeré v následujícím řádku:

_____.

Telefonní kontakt na jednoho rodiče (jméno a telefon):

Termín pro vrácení potvrzení je pátek 17. 1. 2014.

.....

datum

.....

podpis žáka/žákyně

.....

podpis zákon. zástupce

¹⁾ Nehodící se škrtněte.