

YLE - FORMULARZ REJESTRACYJNY

Test : STARTERS MOVERS FLYERS

(Proszę zakreślić właściwy egzamin)

Centrum Egzaminacyjne: PL002

Data Egzaminu : _ _ _ _ _ _

Nazwa Szkoły:

Adres Szkoły:

Tel. do szkoły :

Faks:

E-mail:

Tel. kontaktowy w dniu egzaminu :

Nazwisko osoby odpowiedzialnej w dniu egzaminu:

NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, ŻE:

- 1) Wyrażam zgodę na zapisanie mojego dziecka na egzamin Cambridge Young Learners English Tests
- 2) Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dn.29 sierpnia 1997 wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka dla potrzeb administracji egzaminów Cambridge YLE
- 3) Wyrażam zgodę na przekazanie szkole/ instytucji, za której pośrednictwem rejestruję na egzamin moje dziecko wyników jego egzaminu.
- 4) Poniższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

proszę nie wypełniać	L.P	IMIĘ DZIECKA (DRUKOWANYMI LITERAMI)	NAZWISKO DZIECKA (DRUKOWANYMI LITERAMI)	DATA URODZENIA	NARODOWOŚĆ	JĘZYK OJCZYSTY	CZYTELNY PODPIS RODZICA
	1						
	2						
	3						
	4						
	5						
	6						
	7						
	8						
	9						
	10						
	11						
	12						
	13						
	14						
	15						

Strona nr z

Podpis Przedstawiciela Szkoły.....

Data

Wypełnia Centrum:

Przyjęte przez :

(podpis przedstawiciela Centrum)