Imię i nazwisko.....

Adres zam. .....

PESEL.....

tel. .....

Słupsk, ...

Z G O D A

dziecka powyżej 13 lat na zmianę jego

imienia lub nazwiska

Wyrażam zgodę na zmianę mojego nazwiska / imienia* .....

na nazwisko / imię * .....

.....

podpis

**niepotrzebne skreślić*