



KARTA OBIEGOWA SŁUCHACZA

Kierunek kształcenia

Toruń,

Imię i nazwisko

Podpis opiekuna roku.....

Podpis nauczyciela bibliotekarza

Adres po odejściu ze szkoły:

.....

.....

.....

Nr telefonu

Adres e-mail

Potwierdzenie odbioru dokumentów:

.....

(własnoręczny podpis)