

Swarzędz, dnia.....

**OJCIEC DZIECKA**

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres do korespondencji)

.....  
(PESEL)

.....  
(telefon kontaktowy)

**MATKA DZIECKA**

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres do korespondencji)

.....  
(PESEL)

.....  
(telefon kontaktowy)

Kierownik  
Urzędu Stanu Cywilnego  
w Swarzędzu

**WNIOSEK  
o przyjęcie oświadczenia o zmianie imienia/imion dziecka**

Prosimy o przyjęcie oświadczenia o zmianie imienia/imion dziecka:

Imię/imiona (dotychczasowe).....

Nazwisko.....

Data urodzenia.....

Miejsce urodzenia.....

Nr PESEL.....

Dziecko będzie nosiło imię/imiona.....

.....  
(czytelny podpis ojca)

.....  
(czytelny podpis matki)