# MILICKIE STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ DZIECI I OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

# 56-300 Milicz ul. Kopernika 20

# Tel/fax. 71 38 30 014

| FORMULARZ ZGŁOSZENIOWYdo projektupn. „Mamo tato odpocznij”**Weekendowe wsparcie poza domem** Dane uczestnika |
| --- |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Data urodzenia |  |
| Rodzaj niepełnosprawności |  |
| Miejscowość zamieszkania: |  |
| Zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.97, (tekst jednolity – Dz. U. z 2002 Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb procesu rekrutacji, realizacji i ewaluacji projektu „Mamo tato odpocznij” |
| Podpis uczestnika/opiekuna |  |
| Dane opiekuna |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Miejscowość zamieszkania: |  |
| Dane kontaktoweTelefon |  |
| Podpis opiekuna |  |

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych

……………………………………

 podpis

  