# MILICKIE STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ DZIECI I OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

# 56-300 Milicz ul. Kopernika 20

# Tel/fax. 71 38 30 014

| FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY*do projektu pn. „Opieka wytchnieniowa”*Dane uczestnika |
| --- |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |

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

 |
| Rodzaj niepełnosprawności |  |
| Adres zamieszkania: |  |
| Podpis uczestnika/opiekuna |  |
| Dane opiekuna |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| Adres zamieszkania: |  |
| Dane kontaktoweTelefon |  |
| Podpis opiekuna |  |

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych

……………………………………

 Podpis

   

*\* dofinansowano ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przekazanych przez Samorząd Województwa Dolnośląskiego*