# 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 kontaktowe  Telefon |  |
| Podpis opiekuna |  |

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych

……………………………………

Podpis

 

*\* zadanie publiczne dofinansowane ze środków Samorządu Województwa Dolnośląskiego*