# \\DUZY-HV4\Dok_Stow\Dokumenty BIURO\BIURO\logo\Nowe Loga\2013-12-04_Logo_MSPDION-04.jpgStrona g&lstrok;ówna PFRON

# MILICKIE STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ DZIECI I OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

# 56-300 Milicz ul. Kopernika 20

# Tel/fax. 71 38 30 014

| FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY*Wyjazdowe zajęcia ogólnorozwojowe dla małych dzieci i ich rodzeństwa połączone z warsztatami dla rodziców. W ramach projektu pn. „Wsparcie na starcie”- współfinansowanego ze środków PFRON* ***Termin realizacji:*** *od dnia 22.10.2021 r. do dnia 24.10.2021 r.*  ***Miejsce realizacji:*** *Hotel Biały,**Skorzęcin 52, 62-230 Witkowo* Dane uczestnika | |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |
| PESEL | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Data urodzenia |  |
| Rodzaj niepełnosprawności |  |
| Adres zamieszkania: |  |
| Podpis uczestnika/opiekuna |  |
| Dane opiekuna | |
| Imię i nazwisko |  |
| PESEL | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Adres zamieszkania (w przypadku innego niż uczestnik) |  |
| Dane kontaktowe  Telefon |  |

Podpis opiekuna

……………………………

(Data i podpis)

Formularz należy wypełnić czytelnie **DRUKOWANYMI literami**