# MILICKIE STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ DZIECI I OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

# 56-300 Milicz ul. Kopernika 20

# Tel/fax. 71 38 30 014

| FORMULARZ ZGŁOSZENIOWYdo projektupn. „TERAPIA BAZALNA”\*Dane uczestnika |
| --- |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL |

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

 |
| Adres zamieszkania: |  |
| Dane kontaktowe (Telefon) |  |
| Miejsce zatrudnienia (placówka) |  |
| Podpis uczestnika |  |

 Podpis dyrektora placówki

……………………………………

 podpis



*Zadanie dofinansowano w ramach projektu „Terapia bazalna”*

*ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych
będących w dyspozycji Samorządu Województwa Dolnośląskiego*