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

# MILICKIE STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ

# DZIECI I OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

# 56-300 Milicz ul. Kopernika 20

# Tel/fax. 71 38 30 014

| ***Załącznik nr 1 do Regulaminu Projektu „Aktywność drogą do sukcesu”*** FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY ***Spływ kajakowy***  ***20.08.2017 r. godz. 9.00***  ***Milicz (ul. Krotoszyńska) - Sułów*** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Beneficjent ostateczny (osoba z niepełnosprawnością) | | TAK\* | NIE\* |
| Publiczność (opiekun/rodzic) | | TAK\* | NIE\* |
| Imię (imiona) |  | | |
| Nazwisko |  | | |
| PESEL | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | | |
| Rodzaj niepełnosprawności |  | | |
| Miejscowość zamieszkania: |  | | |
| Województwo |  | | |
| Nazwa placówki |  | | |
| Dane kontaktowe (telefon, e-mail) |  | | |
| 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 „Aktywność drogą do sukcesu” | | | |

Podpis

……………………………

(Data i podpis)

\* niewłaściwe skreślić*, jeśli beneficjent ostateczny - dołączyć ksero orzeczenia o niepełnosprawności lub orzeczenia o stopniu niepełnosprawności*