



Za życiem



Załącznik Nr 1 do Deklaracji uczestnictwa w Programie

FORMULARZ OSOBOWY			
Dane podstawowe (uczestnika programu - dziecka)	Nazwisko		
	Imię		
	Data urodzenia	PESEL	Wiek
Adres zamieszkania (uczestnika programu - dziecka)	Ulica	nr domu	nr lokalu
	Miejscowość		
	Kod pocztowy	Gmina	
	Województwo	Powiat	
	Obszar zamieszkania: <input type="checkbox"/> wiejski / <input type="checkbox"/> miejski		
Dane kontaktowe (rodzica/prawnego opiekuna uczestnika projektu)	Tel. stacjonarny/ Tel. komórkowy		
	Adres poczty elektronicznej (e-mail)		
Specjalne potrzeby: (uczestnika programu - dziecka)	Tak* <input type="checkbox"/> / Nie <input type="checkbox"/>		
	*Proszę opisać jakie:		
Posiadane dokumenty kierujące do Powiatowego Ośrodka Koordynacyjno- Rehabilitacyjno- Opiekuńczego (posiadane zaznaczyć)	<ul style="list-style-type: none">opinia o wczesnym wspomaganiu rozwoju dziecka z dnia..... wydaną przez:zaświadczenie lekarskie (zgodne z ustawą „Za życiem”) z dnia..... wydane przez:orzeczenie o niepełnosprawności z dnia..... wydane przez:		

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r., poz.922.)

Świadomy odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą:

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS rodzica/prawnego opiekuna uczestnika programu