



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Do projektu pn. „Szansa na rozwój – cykl specjalistycznych szkoleń ”

Szkolenie

1	Szkolenie superwizyjne z zakresu AAC	<input type="checkbox"/>
2	Trzydniowe warsztaty dla rodziców dzieci dotkniętych autyzmem i niepełnosprawnościami sprzężonymi.	<input type="checkbox"/>
3	Czterodniowe warsztaty pn. Metody karmienia dzieci i młodzieży z wyzwaniami rozwojowymi	<input type="checkbox"/>
4	Szkolenie pn. Terapia integracji sensorycznej I i II stopnia	<input type="checkbox"/>

Dane uczestnika

Imię (imiona)																					
Nazwisko																					
PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Data urodzenia																					
Wykształcenie / zawód																					
Adres zamieszkania																					
Telefon, email																					
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. Zapoznałem się z warunkami uczestnictwa w projekcie i wyrażam na nie zgodę. .																					
Podpis uczestnika																					

Dane placówki kierującej uczestnika

Nazwa placówki	
Adres	
NIP (w przypadku prośby o wystawienie faktury)	
Telefon , email , fax	

Podpis , pieczęć placówki/dyrektora

.....
(Data i podpis)