



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Do projektu

„Seksualność mojego dziecka – jak sobie z tym radzić”

**3 dniowe szkolenie wyjazdowe dla rodzin dotkniętych niepełnosprawnością intelektualną ze znacznym i umiarkowanym stopniem
Termin wrzesień/październik 2011 r.**

Formularz należy wypełnić czytelnie **DRUKOWANYMI literami**

Dane uczestnika

Imię (imiona)																					
Nazwisko																					
PESEL	<table border="1"><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																					
Rodzaj niepełnosprawności																					
Miejscowość zamieszkania:																					
Dane kontaktowe Telefon																					
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 „Seksualność mojego dziecka – jak sobie z tym radzić”																					
Podpis uczestnika/opiekuna																					

Dane opiekuna

Imię (imiona)																					
Nazwisko																					
PESEL	<table border="1"><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																					
Miejscowość zamieszkania:																					
Dane kontaktowe Telefon																					
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 „Seksualność mojego dziecka – jak sobie z tym radzić”																					
Podpis opiekuna																					

Warunkiem uczestnictwa w szkoleniu jest dostarczenie do biura MSPDiON lub na numer faksu (71) 383 00 14 wypełnionego formularza zgłoszeniowego w dniach od **15.06 2011r. do 15.07.2011r.**

Potwierdzam prawdziwość powyższych danych i deklaruję udział wskazanych osób w szkoleniu

.....
Data i podpis