Rzeszów, dnia………………………………………

**DANE OSOBOWE DZIECKA**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko Uczestnika projektu** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  |
| **PESEL** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Imiona i nazwiska rodziców/ opiekunów** |  |
| **Telefon kontaktowy do rodzica/opiekuna prawnego** |  |
| **Adres poczty mailowej do rodzica/opiekuna prawnego** |  |
| **Data rozpoczęcia udziału w zajęciach**  ***(wypełnia pracownik biura projektu)*** |  |
| **Data zakończenia udziału w zajęciach**  **(wypełnia pracownik biura projektu)** |  |

**DEKLARACJE RODZICÓW**

Deklaruję dobrowolny udział mojego dziecka ............................................................ *(imię i nazwisko dziecka*) w zajęciach organizowanych i prowadzonych przez terapeutów Stowarzyszenia Na Rzecz Wspomagania Rozwoju Dzieci i Młodzieży TITUM w ramach projektu „ Centrum Terapii Titum”.

………………………………………………………

***(Podpis rodzica/opiekuna prawnego)***

Oświadczam, że ponoszę pełną odpowiedzialność materialną za wszelki szkody spowodowane przez moje dziecko ............................................................ *(imię i nazwisko dziecka)* podczas zajęć w ramach Stowarzyszenia Na Rzecz Wspomagania Rozwoju Dzieci i Młodzieży TITUM.

………………………………………………………

***(Podpis rodzica/opiekuna prawnego)***

**INNE WAŻNE INFORMACJE O DZIECKU PRZYDATNE PODCZAS TERAPII**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………

***(Podpis rodzica/opiekuna prawnego)***