

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 <i>(wypełnia pracownik biura projektu)</i>	
Data zakończenia udziału w zajęciach <i>(wypełnia pracownik biura projektu)</i>	

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)