

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DZIECKA do projektu „Koalicja na rzecz usług asystenckich”

Imię i nazwisko dziecka	
Data urodzenia dziecka	
Imię i nazwisko rodziców/opiekuna prawnego	
Numer telefonu	
Adres zamieszkania	

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka

.....

(imię i nazwisko dziecka)

.....

(data)

.....

(podpis rodziców/rodzica/opiekuna prawnego)

**Uwaga!** Dokumentem obowiązkowym przesyłanym razem z niniejszym formularzem jest skan /zdjęcie orzeczenia o niepełnosprawności i/lub orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego dziecka.