# MILICKIE STOWARZYSZENIE PRZYJACIÓŁ DZIECI I OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

# 56-300 Milicz ul. Kopernika 20

# Tel/fax. 71 38 30 014

| FORMULARZ ZGŁOSZENIOWYdo projektupn. „TERAPIA BAZALNA”\*Dane uczestnika | |
| --- | --- |
| Imię (imiona) |  |
| Nazwisko |  |
| PESEL | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Adres zamieszkania: |  |
| Dane kontaktowe (Telefon) |  |
| Miejsce zatrudnienia (placówka) |  |
| Podpis uczestnika |  |

Podpis dyrektora placówki

……………………………………

podpis



*Zadanie dofinansowano w ramach projektu „Terapia bazalna”*

*ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
będących w dyspozycji Samorządu Województwa Dolnośląskiego*