

DEKLARACJA

Przystąpienia do Stowarzyszenia Rodzin i Przyjaciół Dzieci Niepełnosprawnych „DZIECIĘCE MARZENIA”

Imię, nazwisko opiekuna

Adres zamieszkania

Tel. kontaktowy

Deklaruję chęć przystąpienia do Stowarzyszenia Rodzin i Przyjaciół Dzieci Niepełnosprawnych „DZIECIĘCE MARZENIA”.

Jednocześnie oświadczam, że zapoznałem/łam się ze Statutem Stowarzyszenia i zobowiązuje się do przestrzegania zawartych w nim postanowień.

.....
/ miejscowość i data /

.....
/ podpis opiekuna /

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych teraz i w przyszłości przez Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Dzieci Niepełnosprawnych „Dziecięce Marzenia”.

.....
/ miejscowość i data /

.....
/ podpis opiekuna /

DANE OSOBY NIEPEŁNOSPRAWNEJ

Imię i nazwisko dziecka

Data urodzenia

PESEL

Diagnoza lekarska

.....

Stan rozwoju psycho - fizycznego.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Dodatkowe schorzenia

.....

.....

Rehabilitacja i leczenie.....

.....

.....

.....

Przynależność do innych Stowarzyszeń i Fundacji.....

.....

.....

/ podpis opiekuna /