

Kalisz, dnia

Ks. Andrzej Anyszka FDP
Kierownik
Warsztatu Terapii Zajęciowej
ul. Kościuszki 24
62 – 800 Kalisz

PODANIE

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie /mojego dziecka/podopiecznego/ na zajęcia Warsztatu Terapii Zajęciowej w Kaliszu w celu skorzystania z prowadzonych w tut. placówce zajęć terapeutycznych.

.....
/czytelny podpis uczestnika, rodzica lub opiekuna prawnego/

Dane uczestnika

.....
Imię i Nazwisko

.....

.....
Adres zamieszkania

.....

Telefon kontaktowy

Dane rodzica/opiekuna prawnego

.....
Imię i Nazwisko

.....

.....
Adres zamieszkania

.....

Telefon kontaktowy

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych. (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), w zakresie niezbędnym do uczestnictwa w Warsztacie Terapii Zajęciowej w Kaliszu.

.....
/czytelny podpis uczestnika, rodzica lub opiekuna prawnego/