



## ***Formularz Zgłoszeniowy Uczestnika.***

*Imię Nazwisko uczestnika* .....

*Wiek* .....

*Adres Zamieszkania* .....

*Telefon Kontaktowy* .....

*Rodzaj choroby lub niepełnosprawności* .....

*Symbol Niepełnosprawności* .....

*Orzeczenie niepełnosprawności wydane przez do* .....

*Zaświadczenie Lekarza o chorobie przewlekłej*.....

.....  
*data i podpis*

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych na potrzeby realizacji projektu "Wydobyc i Dostrzec Pięno".*