

Załącznik 3 do regulaminu projektu *Integracja sensoryczna dzieci ze spektrum autyzmu wraz ze wsparciem ich rodzin.*

Formularz rekrutacyjny do projektu pn.: „Integracja sensoryczna dzieci ze spektrum autyzmu wraz ze wsparciem ich rodzin.”

Proszę uzupełnić poniższe dane WIELKIMI LITERAMI

Dane dziecka - kandydata na uczestnika:

Imię i nazwisko:

Data urodzenia oraz PESEL:

Powiat / Gmina:.....

Miejscowość, kod pocztowy:.....

Ulica, numer domu, mieszkania:.....

Symbol przyczyny niepełnosprawności:

Data ważności orzeczenia o niepełnosprawności:

.....

Dane rodzica/opiekuna faktycznego - kandydata na uczestnika

Imię i nazwisko:

PESEL:

Powiat / Gmina:.....

Miejscowość, kod pocztowy:.....

Ulica, numer domu, mieszkania:.....

Telefon kontaktowy:.....

Adres e-mail:.....

miejscowość, data

Czytelny podpis osoby składającej formularz

Krajowe Towarzystwo Autyzmu Oddział Terenowy w Bielsku-Białej

Organizacja Pożytku Publicznego
ul. Cyprysowa 27, 43-310 Bielsko-Biała
KRS: 0000151954 NIP: 5471919805