FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

|  |
| --- |
| NAZWA PODMIOTU PROWADZĄCEGO |
| PARAFIA MATKI BOŻEJ NIEUSTAJĄCEJ POMOCY W MOGILNIE |
| NAZWA JEDNOSTKI |
| KLUB MALUCHA „RADOŚĆ ŻYCIA” |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE DZIECKA | | | | | | | | | | | |
| Imię/Imiona |  | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA | |
| Kraj |  |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO (MATKI) | | | | | | | | | | | |
| Imię/Imiona |  | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| DANE KONTAKTOWE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO (MATKI) | |
| Miejscowość / kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku / lokalu |  |
| Telefon kontaktowy  (pole obowiązkowe) |  |
| Adres e-mail  (pole obowiązkowe) |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE RODZICA / OPIEKUNA (OJCA) | | | | | | | | | | | |
| Imię/Imiona |  | | | | | | | | | | |
| Nazwisko |  | | | | | | | | | | |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | zaznaczyć X w przypadku braku numeru PESEL | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| DANE KONTAKTOWE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO (OJCA) | |
| Miejscowość / kod pocztowy |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku / lokalu |  |
| Telefon kontaktowy  (pole obowiązkowe) |  |
| Adres e-mail  (pole obowiązkowe) |  |

……………………………. ………...……………..………………

Miejscowość, data Podpis rodziców/opiekunów prawnych