

WARSZTAT TERAPII ZAJĘCIOWEJ

UL. PIŁSUDSKIEGO 27; 21-543 KONSTANTYNÓW TEL: (83) 345-00-69

Konstantynów dnia

PODANIE

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

.....
(czytelny podpis uczestnika, rodzica lub opiekuna prawnego)

Dane uczestnika

.....
Imię i Nazwisko

.....

.....

Dokładny adres

.....

Rodzaj orzeczenia i data ważności

Dane opiekuna prawnego

.....
Imię i Nazwisko

.....

.....

Dokładny adres

.....

Telefon

.....
Schorzenie podstawowe i towarzyszące

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 Konstantynowie.

.....
(czytelny podpis uczestnika, rodzica lub opiekuna prawnego)