

## 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 tutejszej placówce zajęć terapeutycznych.

.....

(czytelny podpis uczestnika, rodzica lub opiekuna prawnego)

#### Dane uczestnika

.....

Imię i Nazwisko

.....

Dokładny adres

.....

Rodzaj orzeczenia i data ważności

.....  
Schorzenie podstawowe i towarzyszące

#### Dane opiekuna prawnego

.....

Imię i Nazwisko

.....

Dokładny adres

.....

Telefon

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym do uczestnictwa w Warsztacie Terapii Zajęciowej w Konstantynowie zgodnie z obowiązującymi przepisami.

.....

(czytelny podpis uczestnika, rodzica lub opiekuna prawnego)