**Zgłoszenie na XX Karnawałowy Bal Integracyjny**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię |  | | |
| Nazwisko |  | | |
| Data urodzenia |  | Wiek |  |
| Adres zamieszkania |  | | |
| Rodzaj niepełnosprawności/  jednostka chorobowa |  | | |
| Dysfunkcje towarzyszące |  | | |
| Czy wymagana jest obecność opiekuna? (prosimy uzasadnić) |  | | |
| Rodzaj diety (dania zabronione) |  | | |
| Konieczność przyjmowania leków podczas Balu (prosimy podać godziny i dawkowanie) |  | | |
| Dane kontaktowe opiekuna (mail, telefon): |  | | |

“Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).”

Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2006 r. Nr 90, poz. 631, z późn. zm.).

Data i podpis…………………………………………………………