|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**ZGŁOSZENIE udziału w szkoleniu „Szkoła dla Rodziców i Wychowawców” realizowanym przez Fundację strefaPL**

Imię i nazwisko uczestnika, data i miejsce urodzenia (dane m.in. do certyfikatu)

|  |
| --- |
|  |

Telefon kontaktowy

|  |
| --- |
|  |

e-mail kontaktowy

|  |
| --- |
|  |

Miejsce pracy – placówka kierująca (pieczątka, podpis osoby decyzyjnej)

|  |
| --- |
|  |

Dane do Faktury z nr NIP

|  |
| --- |
|  |

Oświadczenie o spełnieniu kryteriów udziału\* *podkreślić właściwe*

|  |
| --- |
| Jestem osobą pracującą w placówkach oferujących pomoc i opiekę dla dzieci i młodzieży  psycholog  pedagog |

data i podpis ……………………….………………………