

.....
Imię i nazwisko rodzica

Sieradz, dn.

.....

.....
Adres

.....
Telefon

**Wiodący Ośrodek
Koordynacyjno-Rehabilitacyjno-
Opiekuńczy w Sieradzu**

Proszę o objęcie wsparciem przez WOKRO w ramach Programu „ Za życiem”
mojego/mojej syna/córki

ur. W

.....
podpis rodzica

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych mojego dziecka oraz publikację wizerunku do celów publicznych.

.....
podpis rodzica