



Biuro projektu:
 Ul. Górskiego 7
 00-033 Warszawa
www.wawaedu.pl



MIASTO
 STOLECZNE
 WARSZAWA



TOWARZYSTWO
 AMICUS

humanites
 SZTUKA WYCHOWANIA

Formularz zgłoszeniowy

Prosimy o wpisanie odpowiedzi drukowanymi literami	
Nazwisko:	<input type="text"/>
Imię:	<input type="text"/> Drugie Imię: <input type="text"/>
Pesel:	<input type="text"/>
Data urodzenia:	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> r.
Płeć:	Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>
Wykształcenie (prosimy wpisać ostatni ukończony etap edukacji):	<input type="text"/>

Adres zamieszkania (prosimy wpisać odpowiednie dane lub zakreślić właściwe odpowiedzi)	
Województwo	<input type="text"/>
Powiat:	<input type="text"/>
Kod pocztowy	<input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	<input type="text"/>
Rodzaj miejscowości	Miasto <input type="checkbox"/> Wieś <input type="checkbox"/>
Ulica	<input type="text"/>
Numer budynku	<input type="text"/> Numer lokalu <input type="text"/>

Dane kontaktowe	
Telefon stacjonarny	<input type="text"/>
Telefon komórkowy	<input type="text"/>
Adres e-mail	<input type="text"/>

Prosimy wpisać odpowiednie dane lub zakreślić właściwe odpowiedzi	
Zgłaszany Uczestnik/Uczestniczka:	
Opiekuje się osobą zależną (dziecko do 7 lat, osoba starsza, osoba niepełnosprawna)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Wykonuje pracę na podstawie umowy w szkole nr	<input type="text"/>
Nazwa placówki:	<input type="text"/>
Rodzaj placówki	<input type="text"/>
Dzielnica, w której znajduje się placówka	<input type="text"/>
NIP placówki	<input type="text"/>
REGON placówki	<input type="text"/>
Kod pocztowy placówki	<input type="text"/>
Ulica przy której mieści się placówka	<input type="text"/>
Numer Budynku	<input type="text"/>
Numer Lokalu	<input type="text"/>
Adres poczty elektronicznej	<input type="text"/>
Telefon kontaktowy placówki	<input type="text"/>

.....
Czytelny podpis uczestnika/uczestniczki projektu