

pola obowiązkowe

Kwestionariusz danych osobowych Turnus

Miejsce turnusu: Data:

UCZESTNICY

1. Dziecko (dzieci) objęte rehabilitacją

Imię i nazwisko	Data ur.	Adres zameldowania	Rodzaj niepełnosprawności
A.1)			autyzm / ZA
A.2)			autyzm / ZA

2. Opiekun dziecka objętego rehabilitacją (opiekunowie)

B.1)		
B.2)		

3. Pozostałe osoby uczestniczące w turnusie

3		
4		
5		

4. Adres korespondencyjny:

5. Pesel dziecka niepełnosprawnego - A.1

A.2

6. Dofinansowanie z zakładu pracy

W przypadku ubiegania się o dofinansowanie z zakładu pracy proszę o podanie:

- Pełna nazwa zakładu pracy**

.....
.....

- Dokładny adres zakładu wraz z kodem i numerem NIP**

.....
.....

- Imię i nazwisko osoby na którą wystawione ma być zaświadczenie**

.....
.....

Dane kontaktowe klienta:

Adres e-mail:

Numer(y) telefonu:

DIETA – proszę podkreślić bezcukrowa bezmleczna bezglutenowa Stosowanie diet wymaga pisemnego zalecenia lekarza!	Wybieram pokój: 2 osobowy 3 osobowy 4 osobowy 5 osobowy	Uwagi klienta:
--	---	----------------

UWAGA: bardzo proszę o dokładne wypełnienie kwestionariusza. Kwestionariusz odsyłamy na adres biuro@tairon.pl lub fax 81-470-93-58

Wyrażam zgodę na zbieranie i przetwarzanie danych osobowych wskazanych powyżej osób na cele związane z realizacją niniejszej imprezy.