**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do uczestnictwa w zajęciach w ramach projektu Strzelectwo Sportowe Plus**

**01.06.2024r.-31.12.2024r.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko uczestnika** |  |
| **Imię uczestnika** |  |
| **Adres zamieszkania uczestnika** |  |
| **PESEL uczestnika** |  |
| **Dane szkoły uczestnika** |  |
| **Telefon kontaktowy uczestnika i rodzica/opiekuna** |  |
| **Data i Podpis rodzica/opiekuna uczestnika** |  |

Oświadczam, że jestem rodzicem/opiekunem prawnym dziecka, którego dane widnieją powyżej.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Podpis zgłaszającego

Wyrażam zgodę na nieodpłatne uczestnictwo mojego dziecka/podopiecznego, którego dane widnieją powyżej w programie „Strzelectwo Sportowe Plus” w terminie 01.06.2024r. – 31.12.2024r., finansowanego przez Urząd Marszałkowski Województwa Łódzkiego.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i Podpis zgłaszającego

**Informacja:** Zgłoszenie należy wydrukować, wypełnić odręcznie i własnoręcznie podpisać. Taki formularz należy dostarczyć do siedziby Stowarzyszenia K.R.A.B w Konstantynowie Łódzkim ul. Jana Pawła 26 lub do KSS Strzelec ul. Konstantynowska 1 w Łodzi. Wypełniony formularz można też podpisać profilem zaufanym przez epuap i wysłać na adres – zgloszenia.krab@gmail.com