

.....
(imię i nazwisko podopiecznego)

.....
(miejscowość, data)

.....
(adres zamieszkania)

.....
(telefon kontaktowy)

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Ja,, deklaruję chęć uczestnictwa
(imię i nazwisko podopiecznego)

w Zajęciach klubowych prowadzonych w Warsztacie Terapii Zajęciowej w Wojśławicach.

Sposób dojazdu na zajęcia:

Deklarowana liczba dni/godzin terapii w tygodniu/miesiącu:

.....
Do wniosku dołączam kserokopię aktualnego Orzeczenia o Stopniu Niepełnosprawności.

.....
(podpis podopiecznego lub opiekuna prawnego)

Wypełnia WTZ w Wojśławicach

Data przyjęcia Klubowicza: