

**ZAŁĄCZNIK 1**  
**KARTA IDENTYFIKACYJNA**

*Proszę wypełnić drukowanymi literami.*

**DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O POMOC W FUNDACJI POZA HORYZONTY**

<b>IMIĘ/IMIONA</b>	
<b>NAZWISKO</b>	
<b>DATA URODZENIA</b>	
<b>MIEJSCE URODZENIA</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>DANE TELEADRESOWE</b>	<i>Proszę podać adres zameldowania.</i>
<b>ULICA I NUMER DOMU</b>	
<b>KOD POCZTOWY</b>	
<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>	
<b>WOJEWÓDZTWO</b>	
<b>TELEFON</b>	
<b>E-MAIL</b>	
<b>ADRES DO KORESPONDENCJI</b>	<i>Proszę wypełnić tylko, jeśli jest inny niż adres zameldowania.</i>
<b>ULICA I NUMER DOMU</b>	
<b>KOD POCZTOWY</b>	
<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>	
<b>WOJEWÓDZTWO</b>	

.....  
data, miejscowość

.....  
czytelny podpis osoby  
ubiegającej się o pomoc

Proszę wypełnić tylko, jeśli osoba ubiegająca się o pomoc nie ukończyła 18 lat.

**DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ  
O POMOC W FUNDACJI POZA HORYZONTY**

IMIĘ/IMIONA	
NAZWISKO	
DATA URODZENIA	
MIEJSCE URODZENIA	
PESEL	
DANE TELEADRESOWE	<i>Proszę podać adres zameldowania.</i>
ULICA I NUMER DOMU	
KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	
WOJEWÓDZTWO	
TELEFON	
E-MAIL	
ADRES DO KORESPONDENCJI	<i>Proszę wypełnić tylko, jeśli jest inny niż adres zameldowania.</i>
ULICA I NUMER DOMU	
KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	
WOJEWÓDZTWO	

.....  
data, miejscowość

.....  
czytelny podpis rodzica  
lub opiekuna prawnego