

ZAŁĄCZNIK 1
KARTA IDENTYFIKACYJNA

Proszę wypełnić drukowanymi literami.

DANE 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 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