



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Pomorze Zachodnie

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Samodzielni - kompleksowy system wsparcia dziecka i rodziny w Szczecinie
projekt nr RPZP.07.06.00-32-K009/18

ZGŁOSZENIE GRUPY
na
WARSZTATY KULINARNE

.....
(nazwa, adres i telefon placówki zgłaszającej)

Opiekun:
(imię, nazwisko, telefon kontaktowy)

Lp.	IMIĘ I NAZWISKO uczestnika/uczestniczki	ROK URODZENIA
1.		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10.		

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uprawnionego pracownika i pieczęć PWD

Załączniki: oświadczenia rodziców/opiekunów kandydatów do projektu - szt.