

KARTA UCZESTNICTWA W ZAJĘCIACH BAJKOTERAPII
„Czytanie daje moc”

1. Dane dziecka

- Imię i nazwisko:
 - Data urodzenia:
-

2. Dane rodzica / opiekuna prawnego

- Imię i nazwisko:
 - Telefon kontaktowy:
 - Adres e-mail (opcjonalnie):
-

3. Zgoda na uczestnictwo

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem zajęć Bajkoterapii „**Czytanie daje moc**” w Gminnej Bibliotece Publicznej w Słubicach i akceptuję jego postanowienia. Zgłaszam moje dziecko do udziału w zajęciach.

Podpis rodzica/opiekuna: Data: