

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

W WARSZTACIE TERAPII ZAJĘCIOWEJ

Deklaruję chęć uczestnictwa w Warsztacie Terapii Zajęciowej w Łazach

ul. Brzozowa 19; 42-450 Łazy

32 6730210; 32 6730211

.....

(Imię i Nazwisko uczestnika)

.....
.....

opiekuna) (data i podpis uczestnika, rodzica lub

.....

(adres zamieszkania)

.....

(nr telefonu)