**Formularz rekrutacyjny
- rodzice/opiekunowie osób ze spektrum zaburzeń autystycznych**

**Dane ogólne:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |
| 1 | Tytuł projektu***:*** *„*Ku samodzielności” |

**Dane kandydata / kandydatki do projektu:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** |  |
| 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | Imię i nazwisko syna/córki/Kandydata na beneficjenta ostatecznego projektu pn *„*Ku samodzielności” |  |
| 4 | PESEL |  |
| 5 | Miejsce zamieszkania:(ulica, nr domu, miejscowość, kod pocztowy, województwo) |  |
| 6 | Telefon kontaktowy |  |
| 7 | Adres poczty elektronicznej |  |

**.................................... ..................................................................**

(data) (podpis kandydata/kandydatki rodzica lub opiekuna)