**ZGŁOSZENIE DO PROJEKTU: „WALIZKI WYOBRAŹNI”**

ORGANIZATOR: FUNDACJA SERDECZNIK

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

(nazwa i adres placówki przedszkolnej, zgłaszającej udział do projektu)

1. ………………………………………………………………………………………………….
2. ………………………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko 2 przedstawicieli Państwa placówki,

oddelegowanych do udziału w szkoleniach, adres e-mail, telefon)

Proszę wskazać osobę do kontaktu z Państwa placówką, celem realizacji projektu.

………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………..

(dane kontaktowe: imię i nazwisko, adres e-mail, telefon)

……………………………...

(imię i nazwisko Dyrektora Placówki)

………………………………

(pieczątka Placówki) (czytelny podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych celem zgłoszenia do projektu: „Walizki Wyobraźni”.