FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY GRUPY WOLONTARIACKIEJ
NA VII BAL WOLONTARIUSZA CARITAS DIECEZJI SOSNOWIECKIEJ

Nazwa szkoły:
....
....

Imię i nazwisko opiekuna grupy:
……..……..……..……..

Telefon kontaktowy: …….

e-mail:…….....

Dane uczestników Balu

Lp.	Nazwisko Imię	Pesel	Telefon rodzica / opiekuna
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY GRUPY WOLONTARIACKIEJ NA VII BAL WOLONTARIUSZA CARITAS DIECEZJI SOSNOWIECKIEJ proszę przesyłać na adres e-mail **sbogusz@caritas.pl,** listownie lub przynieść osobiście do siedziby Caritas w Sosnowcu przy ulicy Korczaka 5 do **10 listopada 2023 r.**

……

DATA: …… *CZYTELNY PODPIS*