**Instytucja:** Zespół Szkół Technicznych w Słupsku

**Tytuł projektu:** "Szkoła równych szans"

**Numer projektu:** 2016-1-PL01-KA219-026116

**DANE KONTAKTOWE RODZICA/OPIEKUNA**

**BENEFICJENTA PROJEKTU "SZKOŁA RÓWNYCH SZANS"**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwisko i imię matki** |  |
| **Adres*** **miejscowość**
 |  |
| * **ulica, nr domu i mieszkania**
 |  |
| * **kod pocztowy**
 |  |
| * **powiat**
 |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres mailowy** |  |
| **Nazwisko i imię ojca** |  |
| **Adres*** **miejscowość**
 |  |
| * **ulica, nr domu i mieszkania**
 |  |
| * **kod pocztowy**
 |  |
| * **powiat**
 |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres mailowy** |  |

*Uprzedzony/na o odpowiedzialności za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam, że dane podane w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym*.

...................................... ..............................................

 *(miejscowość, data) (podpis rodzica/opiekuna)*