

# ZAŁĄCZNIK 1 – KARTA IDENTYFIKACYJNA

Proszę wypełnić drukowanymi literami.

| <b>DANE OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O POMOC W FUNDACJI POZA HORYZONTY</b> |  |
|---|--|
| IMIĘ/IMIONA   |  |
| NAZWISKO  |  |
| DATA URODZENIA  |  |
| MIEJSCE URODZENIA   |  |
| PESEL   |  |
| DANE TELEADRESOWE   | <i>Proszę podać adres zameldowania.</i>                            |
| ULICA I NUMER DOMU  |  |
| KOD POCZTOWY  |  |
| MIEJSCOWOŚĆ   |  |
| WOJEWÓDZTWO   |  |
| TELEFON   |  |
| E-MAIL  |  |
| DANE DO KORESPONDENCJI  | <i>Proszę wypełnić tylko, jeśli są inne niż dane teleadresowe.</i> |
| ULICA I NUMER DOMU  |  |
| KOD POCZTOWY  |  |
| MIEJSCOWOŚĆ   |  |
| WOJEWÓDZTWO   |  |
| TELEFON   |  |
| E-MAIL  |  |

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis osoby ubiegającej się o pomoc

**DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ  
O POMOC W FUNDACJI POZA HORYZONTY**

*Proszę wypełnić tylko, jeśli osoba ubiegająca się o pomoc nie ukończyła 18 lat.*

|                        |  |
|------------------------|--|
| IMIĘ/IMIONA            |  |
| NAZWISKO               |  |
| DATA URODZENIA         |  |
| MIEJSCE URODZENIA      |  |
| PESEL                  |  |
| DANE TELEADRESOWE      | <i>Proszę podać adres zameldowania.</i>                            |
| ULICA I NUMER DOMU     |  |
| KOD POCZTOWY           |  |
| MIEJSCOWOŚĆ            |  |
| WOJEWÓDZTWO            |  |
| TELEFON                |  |
| E-MAIL                 |  |
| DANE DO KORESPONDENCJI | <i>Proszę wypełnić tylko, jeśli są inne niż dane teleadresowe.</i> |
| ULICA I NUMER DOMU     |  |
| KOD POCZTOWY           |  |
| MIEJSCOWOŚĆ            |  |
| WOJEWÓDZTWO            |  |
| TELEFON                |  |
| E-MAIL                 |  |

.....  
Miejscowość i data

.....  
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego