



**Kujawsko-Pomorski Oddział Okręgowy PCK
Centrum Integracji PCK | Інтеграційний центр ПЧХ**

Formularz zgłoszeniowy | Заявка на участь

Zgłaszam chęć udziału mojego dziecka w sensorycznym czytaniu bajek, które odbędzie się 17.01.2025 r. o godzinie 17.00 w Centrum Integracji PCK działającym przy siedzibie PCK przy ul. Warmińskiego 10 w Bydgoszcy.

Zobowiązuję się do obecności z moim dzieckiem na całym spotkaniu.

Прошу записати мою дитину на участь в сенсоричному читанні казки, яке відбудеться 17.01.2025 р. о 17:00 в Центрі інтеграції ПЧХ за адресою ul. Warmińskiego 10 в місті Бидгощ.

Обіцяю бути присутнім разом з дитиною протягом всього заходу.

1. Imię i nazwisko rodzica | Ім'я та прізвище матері/батька/опікуна _____
2. Nr telefonu do kontaktu | контактний номер телефону _____
3. Adres e-mail | адреса електронної пошти _____
4. Imię i nazwisko dziecka | Ім'я та прізвище дитини _____
5. Wiek dziecka | вік дитини _____

- Prosimy, aby Państwa zgłoszenie było przemyślane. Chcielibyśmy uniknąć sytuacji, w której osoba, która zapisał się na audycję, nie przyjdzie na nią.

- Opiekę nad dzieckiem podczas audycji sprawuje rodzic.
- Prosimy o przybycie 10 minut przed rozpoczęciem audycji

- Prosimy Was postawić się odpowiedzialnie do podania deklaracji na udział. My chcemy uniknąć sytuacji, gdy osoba, która zapisała się na wystawę, nie przyjdzie na nią.

- Під час вистави за дитиною наглядатимуть батьки.
- Будь ласка, приходьте за 10 хвилин до початку вистави.

*miejsowość, data
місто, дата*

*podpis rodzica
підпис матері/батька або опікуна*