

Rejestracja do Krakowskiej Akademii Samorządności – uczestnik

Opis

Imię _____

Nazwisko _____

Email _____

Telefon (opcjonalnie) _____

Szkoła _____

Jeśli twoja szkoła nie jest widoczna na liście, oznacza to, że limit miejsc przeznaczony dla tej placówki został wyczerpany. Ewentualnej pomocy szukaj u Organizatora, tel.: 12 616 78 19

Klasa _____

☐ Wyrażam zgodę na uczestnictwo dziecka w zajęciach, a także wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Gminę Miejska Kraków, w imieniu której występuje Wydział Polityki Społecznej i Zdrowia UMK w celu rejestracji dziecka do Krakowskiej Akademii Samorządności.

☐ Zapoznałem się z regulaminem i akceptuję zasady obowiązujące w Krakowskiej Akademii Samorządności.

Zarejestruj

Data utworzenia

2017/08/03