

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

IMIĘ	
NAZWISKO	
TELEFON	
E-MAIL	
*UKOŃCZONE SZKOLENIA, POSIADANE UPRAWNIENIA/ WYKSZTAŁCENIE Z ZAKRESU: RATOWNICTWA MEDYCZNEGO/ WODNEGO, WOPR, KPP, SAMOOBRONY, JUDO, KRAV MAGI, TECHNIK INTERWENCJI, INSTRUKTOR PROWADZENIA STRZELANIA, ASG(NAZWA DRUŻYNY), DOSTĘPNOŚĆ DO BRONI/AMUNICJI, UKOŃCZONE KURSY INSTRUKTORSKIE, STRAŻ, WOJSKO, POLICJA ITP..	
Dzieci: Imię, nazwisko, *wiek, zainteresowania	
PAŃSTWA OCZEKIWANIA/ PROPOZYCJE/ ZAINTERESOWANIA	

MIEJSCOWOŚĆ ZAMIESZKANIA	
POWÓD DLA KTÓREGO SĄ PAŃSTWO ZAINTERESOWANI	

*Osoby które mają potwierdzone kwalifikacje, możliwość wystawienia certyfikatu po ukończonym szkoleniu, chętne włączyć się w pomoc w organizacji...

**Wypełnia rodzic/opiekun

*** -Młodzież poniżej 15 roku życia może uczestniczyć w wyjazdach, szkoleniach, treningach ASG tylko w obecności rodzica/opiekuna prawnego/członka rodziny/osobę wyznaczoną uprzednio przez rodzica...

-Młodzież powyżej 15 roku życia może uczestniczyć za zgodą rodzica samodzielnie.

Ja ur.w..... wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku na stronie internetowej parafii.

podpis, data

Art. 81 UstPrAut

PROPOZYCJA NA NAZWĘ GRUPY	
------------------------------	--

