



Karta uczestnictwa w zajęciach w ramach programu polityki zdrowotnej
pn. „Edukacja przyszłych rodziców w Szkole Rodzenia”.

Grupa

Imię i nazwisko :

Adres zamieszkania :

.....

Tel. kontaktowy :

Imię i nazwisko osoby
towarzyszącej w zajęciach

Zaświadczenie od lekarza prowadzącego ciążę – data wystawienia

Przewidywany termin porodu

Nr zajęć	Data zajęć	Podpis uczestniczki zajęć	Podpis osoby towarzyszącej
I			
II			
III			
IV			
V			
VI			
VII			
VIII			

Jednocześnie wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w ramach programu polityki zdrowotnej pn. „Edukacja przyszłych rodziców w Szkole Rodzenia.”- zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

.....

/ data i podpis /