*(Pieczęć Organizacji)*

***FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY:***

***Quiz wiedzy o zdrowiu psychicznym – 10 października 2017 r.***

***Uczestnicy quizu:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Nazwisko i imię*** | ***Stopień niepełnosprawności*** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |

***Opiekun grupy:***

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię** |
| ***1*** |  |
| ***2*** |  |

***Razem osób (z uwzględnieniem kibiców- max 8 osób):***