

**KWESTIONARIUSZ WOLONTARIUSZA
BIBLIOTEKI PUBLICZNEJ W OŻAROWIE MAZOWIECKIM**

IMIĘ (IMIONA), NAZWISKO	
IMIONA RODZICÓW	
DATA I MIEJSCE URODZENIA	
PESEL	
MIEJSCE ZAMIESZKANIA (dokładny adres)
WYKSZTAŁCENIE
Osoby uczące się – NAZWA, ADRES SZKOŁY
DANE KONTAKTOWE (adres, tel.) RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH (w przypadku osoby niepełnoletniej)

WYPEŁNIA RODZIC / OPIEKUN PRAWNY:

Wyrażam zgodę, aby moje dziecko świadczyło pracę wolontariacką na rzecz Biblioteki Publicznej w Ożarowie Mazowieckim na warunkach określonych w Prawach i Obowiązках Wolontariusza.

.....

WYPEŁNIA SZKOŁA:

Nazwa, adres Szkoły

.....

Telefon

Imię, nazwisko Wychowawcy klasy.....

Wyrażam zgodę na świadczenie pracy wolontariackiej przez ucznia naszej Szkoły

.....

Biblioteka może mu pomóc w trudnościach w nauce następujących przedmiotów:

.....

Uczeń wykazuje zdolności w kierunku:

Uczeń jest

.....

(data i podpis Wychowawcy klasy)