

*Szkolne Koło Wolontariatu przy ZSP im Jana Pawła II w Starogardzie Gd.*

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY  
 WOLONTARIUSZA Nr...../.....**

Nazwisko		
Imiona		
Data urodzenia		
Pesel		
Adres zamieszkania		
Telefon/ e-mail		
Rodzic / opiekun prawny		Tel. kontaktowy:
Nazwa szkoły		
Wychowawca klasy		
Zainteresowania		
W jaki sposób chcesz pomagać?		
W jaki dzień chcesz pomagać i w jakich godzinach?		
Data przyjęcia do wolontariatu (wypełnia osoba upoważniona)		
Data rezygnacji (wypełnia osoba upoważniona)		
Zobowiązuję się do przestrzegania regulaminu i zasad wynikających z pełnienia funkcji wolontariusza	..... (podpis wolontariusza)	
Wyrażam zgodę, aby mój syn/moja córka ..... był/a czynnie działającym wolontariuszem.	..... (podpis rodzica/opiekuna)	