**KARTA UCZESTNIKA KONFERENCJI NAUKOWO-SZKOLENIOWEJ
 „MUTYZM WYBIÓRCZY – NIECH GADAJĄ!”**

(wypełnioną kartę należy odesłać na adres **kancelaria@pzp.edu.pl**)

**Dla specjalisty/nauczyciela**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko uczestnika** |  |
| **Data i miejsce urodzenia (potrzebne do wydania certyfikatu uczestnictwa)** |  |
| **Miejsce pracy** |  |
| **Stanowisko**  |  |
| **Dane kontaktowe (numer telefonu/adres mailowy)** |  |
| **Chcę wziąć udział w warsztatach** | Pierwszeństwo dla nauczycieli ze szkół Powiatu Wrocławskiego – udział po potwierdzeniu zakwalifikowania przez organizatorów | Tak Nie |

**Dla rodzica**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko uczestnika** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  |
| **Dane kontaktowe (numer telefonu/adres mailowy)** |  |