



FUNDACJA  
MALI  
MARZYCIELE

## WNIOSEK O PRZYJĘCIE DZIECKA DO FUNDACJI

Proszę wypełnić czytelnie, drukowanymi literami, właściwe pola wyboru zaznaczyć "X"

Adnotacje (wypełnia Fundacja)

### DANE DZIECKA

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Dokładny adres zamieszkania,  
gmina i województwo

Rodzeństwo (imiona i wiek)

Diagnoza choroby i data rozpoznania

Placówka medyczna

Aktualny stan choroby

 Rozpoznanie  Leczenie  Remisja / wyleczenie  Nawrót

Gdzie przebywa dziecko?

 W domu  W placówce medycznej  W placówce medycznej i w domu

Czy jest świadome swojej choroby?

 Tak  Nie

Czy samo określiło swoje marzenie?

 Tak  Nie  Nie jest w stanie / nie potrafi

Jakie marzenie ma dziecko oraz  
informacje, z czego ono  
wynika?

Czy dziecko jest/było zgłoszone do Fundacji/innej organizacji spełniającej marzenia w kraju lub za granicą?

 Tak i marzenie **zostało** spełnione  Tak, ale marzenie **nie zostało** jeszcze spełnione  Nie

Jeśli powyżej zaznaczono "Tak", proszę napisać, jakie to jest/było marzenie, nazwę Fundacji i kiedy zostało spełnione:

Proszę wypisać największe  
zainteresowania dziecka

### DANE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

Imię i nazwisko oraz pokrewieństwo

Numer telefonu oraz godziny w których można się kontaktować

Adres poczty elektronicznej (e-mail)

Skąd wiesz o naszej Fundacji?

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie w/w danych osobowych przez **Fundację Przyjaciół Dzieci Mali Marzyciele** z siedzibą we Wrocławiu przy ulicy Legnickiej 65, zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych, do celów marketingowych, statystycznych oraz niezbędnych do prowadzenia działalności statutowej Fundacji.

2. Wypełnienie niniejszego wniosku nie oznacza przyjęcia dziecka do Fundacji. Fundacja rozpatruje wnioski indywidualnie w terminie 60 dni od otrzymania. W przypadku pozytywnego rozpatrzenia wniosku, Fundacja skontaktuje się telefonicznie lub poprzez e-mail.

3. Oświadczam, że posiadam pełną zdolność prawną do wypełnienia niniejszego wniosku. Oświadczam również, że wszystkie dane w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.

Miejscowość

Data

Data wpłynięcia (wypełnia Fundacja)

Czytelny podpis

Wypełniony wniosek prosimy przesłać zeskanowany pocztą elektroniczną (e-mail) na adres  
[zgloszenia@malimarzyciele.org](mailto:zgloszenia@malimarzyciele.org)

INT

Fundacja Przyjaciół Dzieci "Mali Marzyciele"

KRS 0000659493, NIP 8943094757, REGON 366402143, [www.malimarzyciele.org](http://www.malimarzyciele.org)

INT/22/2402B