

DATA.....

NR.....

**FORMULARZ POMOCY GMINA MIKOŁAJKI**

**GOSPODARZ:**

IMIĘ I NAZWISKO:.....

ADRES: .....

NUMER TELEFONU: .....

**GOŚĆ:**

IMIĘ I NAZWISKO: .....

DATA URODZENIA: .....

ADRES POCHODZENIA\ MIASTO .....

POSIADANE DOKUMENTY: .....

.....

**DZIECI:**

IMIĘ I NAZWISKO:.....

DATA URODZENIA:.....WIEK:.....

**DZIECI:**

IMIĘ I NAZWISKO:.....

DATA URODZENIA:.....WIEK:.....

**DZIECI:**

IMIĘ I NAZWISKO:.....

DATA URODZENIA:.....WIEK:.....

