**WCZASY RODZINNE**

POSW KROKUS w MIELNIE

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Wnioskodawca- członek związku**  **(imię i nazwisko)** | Data wczasów | Nr domku | Telefon kontaktowy | Adres mailowy |
| 1. |  |  |  |  |  |
|  | Członek rodziny  Imię i nazwisko | Stopień pokrewieństwa |  | Wiek dziecka | |
| 2. |  |  |  |  | |
| 3. |  |  |  |  | |
| 4. |  |  |  |  | |
| 5. |  |  |  |  | |