

# Możesz ITy

## Formularz zgłoszeniowy do programu Możesz ITy

Imię i nazwisko	
Adres email	
Telefon	
Adres korespondencyjny	
Aktualne miejsce zamieszkania (miejscowość)	
Forma pieczy zastępczej oraz czas przebywania w niej (np. rodzina spokrewniona w latach 2009-2016)	<input type="checkbox"/> rodzina zastępcza spokrewniona <input type="checkbox"/> niezawodowa rodzina zastępcza <input type="checkbox"/> zawodowa rodzina zastępcza <input type="checkbox"/> zawodowa specjalistyczna rodzina zastępcza <input type="checkbox"/> zawodowa rodzina zastępcza o charakterze pogotowia rodzinnego <input type="checkbox"/> rodzinny dom dziecka <input type="checkbox"/> placówka opiekuńczo - wychowawcza typu rodzinna <input type="checkbox"/> rodzina naturalna <input type="checkbox"/> wychowanek rodziny zastępczej, rodzinnego domu dziecka
Opis Twojej obecnej sytuacji życiowej	
Dlaczego chcesz uczestniczyć w projekcie?	
Skąd dowiedziałeś się o projekcie?	

Prosimy o odesłanie formularza na adres [fundacja@dotrzymajkroku.pl](mailto:fundacja@dotrzymajkroku.pl)