**Kuulmispuuega Laste Õpetajate Selts**

Reg. kood: 80327560

**AVALDUS**

Palun mind vastu võtta Kuulmispuudega Laste Õpetajate Seltsi liikmeks**.** Kinnitan, et olen tutvunud seltsi põhikirjaga ning nõustun seda järgima.

**Andmed**

1. Eest- ja perekonnanimi: .........................................................................................
2. Kodune aadress: ....................................................................................................
3. Kontakttelefon, e-posti aadress: .............................................................................
4. Töökoht, amet: ........................................................................................................

......................................................................................................................................

Olen nõus oma nime avaldamisega seltsi kodulehel ja muudes avaldatavates materjalides - **JAH / EI**

(*tõmba joon alla sobivale vastusevariandile*)

...................................................... ..................................................... (*kuupäev, aasta*) (*nimi, allkiri*)