

Projekt p.t. „Klon” Centrum Terapii dla Dzieci i Młodzieży w Częstochowie. Edycja II współfinansowany przez PFRON w ramach konkursu pn. „Możemy więcej ” (konkurs o zlecenie realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2023), ogłoszonego na podstawie art. 11 i art. 13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie w związku z art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU:

1. Dane podstawowe uczestnika projektu (prosimy o wypełnienie wszystkich rubryk)

Nazwisko	Imię (imiona)
Data urodzenia	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
PESEL _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	Wiek (w chwili przystąpienia do projektu)

2. Adres zamieszkania uczestnika projektu (prosimy o wypełnienie wszystkich rubryk)

Miejscowość	Kod _ _ - _ _ _
Ulica	nr domu nr lokalu
Województwo	Powiat

3. Dane rodzica/opiekuna

Nazwisko	Imię (imiona)
Adres zamieszkania (jeśli jest inny niż uczestnika projektu)	
Telefon kontaktowy	Adres e-mail (bądź wpis: NIE POSIADAM)

Projekt p.t. „Klon” Centrum Terapii dla Dzieci i Młodzieży w Częstochowie. Edycja II współfinansowany przez PFRON w ramach konkursu pn. „Możemy więcej ” (konkurs o zlecenie realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2023), ogłoszonego na podstawie art. 11 i art. 13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie w związku z art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

4. Rodzaj i stopień niepełnosprawności/grupa inwalidzka uczestnika: (właściwe zaznaczyć)

- znaczny
- umiarkowany
- lekki
- Orzeczenie o niepełnosprawności

Orzeczenie ważne do dnia

Rodzaj (symbol, proszę krótko opisać).....

5. Inne informacje o stanie zdrowia dziecka, dodatkowe opinie (czy dziecko jest chore na epilepsję, czy istnieją schorzenia ortopedyczne itp.):

.....
.....

6. Oświadczam, że: (właściwe zaznaczyć)

- uczestnik/uczestniczka* nie bierze udziału w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON
- uczestnik/uczestniczka* bierze udział w innych projektach współfinansowanych ze środków PFRON:

.....
.....

proszę wymienić tytuł projektu, okres realizacji, numer konkursu i cel programowy, Wnioskodawcę

7. Czy dziecko uczestniczy w zajęciach terapii zajęciowej? Jeśli TAK to jakich:

.....
.....

8. Prosimy o krótkie uzasadnienie chęci uczestnictwa w projekcie:

.....
.....

*niepotrzebne skreślić

Projekt p.t. „Klon” Centrum Terapii dla Dzieci i Młodzieży w Częstochowie. Edycja II współfinansowany przez PFRON w ramach konkursu pn. „Możemy więcej ” (konkurs o zlecenie realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2023), ogłoszonego na podstawie art. 11 i art. 13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie w związku z art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

9. Prosimy zaznaczyć jakimi formami wsparcia jest Pani/Pan zainteresowany dla swojego dziecka:

1. Diagnoza
2. Terapia logopedyczna
3. Biofeedback
4. Terapia Snoezelen - sala doświadczeń świata
5. Terapia behawioralna
6. Terapia ręki
7. Trening umiejętności społecznych
8. Terapia psychologiczna
9. Rehabilitacja dziecięca

Oświadczam, że beneficjent/ka spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie i zostałam/zostałem pouczona/pouczony o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

Zapoznałem/am się z Regulaminem Projektu pt. „Klon” Centrum Terapii dla Dzieci i Młodzieży w Częstochowie. Edycja II współfinansowany przez PFRON w ramach konkursu pn. „Możemy więcej ” (konkurs o zlecenie realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2023), ogłoszonego na podstawie art. 11 i art. 13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie w związku z art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu przez organizatora projektu w celach rekrutacji do projektu „Klon” Centrum Terapii dla Dzieci i Młodzieży w Częstochowie. Edycja II współfinansowany przez PFRON w ramach konkursu pn. „Możemy więcej ” (konkurs o zlecenie realizacji zadań w formie wsparcia nr 1/2023), ogłoszonego na podstawie art. 11 i art. 13 ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie w związku z art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

.....
miejsowość i data

.....
Czytelny Podpis Rodzica/opiekuna
kandydata