

Projekt: w ramach konkursu PFRON 1/2019 pn. „Kierunek AKTYWNOŚĆ” p.t.: „Poprawa funkcjonowania - moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie, realizowany w terminie 01.01.2020r.-31.03.2022 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie umowy nr ZZO/000203/12/D z dnia 28 sierpnia 2020r. w ramach 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: w ramach konkursu PFRON 1/2019 pn. „Kierunek AKTYWNOŚĆ” p.t.: „Poprawa funkcjonowania - moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie, realizowany w terminie 01.01.2020r.-31.03.2022 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie umowy nr ZZO/000203/12/D z dnia 28 sierpnia 2020r. w ramach 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: (właściwie 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: (właściwie 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: w ramach konkursu PFRON 1/2019 pn. „Kierunek AKTYWNOŚĆ” p.t.: „Poprawa funkcjonowania - moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie, realizowany w terminie 01.01.2020r.-31.03.2022 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie umowy nr ZZO/000203/12/D z dnia 28 sierpnia 2020r. w ramach art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

---

**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 „Poprawa funkcjonowania - moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie współfinansowany przez PFRON w ramach konkursu pn. PFRON 1/2019 pn. „Kierunek AKTYWNOŚĆ” na podstawie 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 „Poprawa funkcjonowania - moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie współfinansowany przez PFRON w ramach konkursu pn. PFRON 1/2019 pn. „Kierunek AKTYWNOŚĆ” na podstawie art. 36 ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.**

.....

.....