

Projekt pod nazwą: „Poprawa funkcjonowania – moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie. Edycja 2”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2024 r. do dnia 31 marca 2025 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr ZZO/000284/12/D z dnia 14 czerwca 2022 r. - realizacja zadań w ramach art.36 ustawy 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 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>											Wiek (w chwili przystąpienia do projektu) -----

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

Miejscowość	Kod pocztowy _ _ - _ _ _
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)

.....  
Data

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego



Projekt pod nazwą: „Poprawa funkcjonowania – moim zasobem” Centrum terapii dla dzieci i młodzieży w Mikołowie. Edycja 2”, wykonywany w terminie od dnia 1 kwietnia 2024 r. do dnia 31 marca 2025 r. Dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr ZZO/000284/12/D z dnia 14 czerwca 2022 r. - realizacja zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

4. Rodzaj i stopień niepełnosprawności/grupa inwalidzka uczestnik (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:

.....

.....

- Oświadczam, że beneficjent/ka spełnia kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w ww. projekcie i zostałam/zostałem pouczone/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. Edycja 2”, dofinansowany ze środków PFRON na podstawie Umowy nr ZZO/000284/12/D z dnia 14 czerwca 2022 r. - realizacja zadań w ramach art.36 ustawy 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. Edycja 2”, dofinansowany ze środków PFRON na

podstawie Umowy nr ZZO/000284/12/D z dnia 14 czerwca 2022 r. - realizacja zadań w ramach art.36 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych.

.....  
Data

.....  
podpis rodzica/opiekuna prawnego

\*niepotrzebne skreślić