

Formularz zgłoszeniowy do zadania publicznego

„Indywidualne zajęcia terapeutyczne dla dzieci z niepełnosprawnościami”

Zgłaszam udział dziecka w zajęciach:

Terapia SI (Integracji Sensorycznej)	☐ TAK ☐ NIE
Terapia Biofeedback	☐ TAK ☐ NIE
Terapia metodą Warnkego	☐ TAK ☐ NIE

Część 1 – Informacje o dziecku

1. Imię	
2. Nazwisko	
3. Adres zamieszkania	
4. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności?	☐ TAK ☐ NIE
5. Czy dziecko uczęszcza do placówki edukacyjnej, opiekuńczej lub rehabilitacyjnej na terenie miasta Rzeszowa?	☐ TAK ☐ NIE

Część 2– Dane kontaktowe rodzica/opiekuna prawnego (przedstawiciela ustawowego)

1. Imię i nazwisko	
2. Nr telefonu	
3. Adres poczty elektronicznej	



OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO*:

Imię i nazwisko:

zamieszkała/y:

W związku z udziałem w zadaniu publicznym pn. „Indywidualne zajęcia terapeutyczne dla dzieci z niepełnosprawnościami” finansowanym ze środków PFRON, których dysponentem jest Prezydent Miasta Rzeszowa, ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka, w tym danych dotyczących zdrowia, przez Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci z Nadpobudliwością Psychoruchową w celu niezbędnym do uczestnictwa w terapiach realizowanych w ramach ww. zadania publicznego, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

☐ TAK ☐ NIE

2. Mam świadomość, iż podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości uczestnictwa w zadaniu publicznym.

☐ TAK ☐ NIE

3. Oświadczam, że dziecko, zgłoszone przeze mnie do udziału ww. zadaniu publicznym posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności

☐ TAK ☐ NIE

4. Oświadczam, że dziecko, zgłoszone przeze mnie do udziału ww. zadaniu publicznym uczęszcza do placówki edukacyjnej, opiekuńczej lub rehabilitacyjnej na terenie miasta Rzeszowa

☐ TAK ☐ NIE

5. Zobowiązuję się stosować do aktualnie obowiązujących w kraju wytycznych i zaleceń dotyczących sytuacji epidemiologicznej.

☐ TAK ☐ NIE

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego*

* niepotrzebne skreślić

Wypełnia Stowarzyszenie na Rzecz Dzieci z Nadpobudliwością Psychoruchową:

Zakwalifikowano do udziału w zadaniu publicznym: ☐ TAK ☐ NIE

Uwagi: