



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Zadanie publiczne

**„Diagnozy i zajęcia terapeutyczne - wsparciem dla dzieci z zaburzeniami rozwojowymi – edycja 2025”**

Zgłaszam udział dziecka w zajęciach/diagnozach:

	Proszę zaznaczyć „TAK” przy preferowanych zajęciach/diagnozach	Jeśli „TAK” zaznaczono więcej niż raz, wskaż przy użyciu cyfr najbardziej potrzebne dziecku zajęcia/diagnozy („1” oznacza najbardziej pożądane)
Terapia Integracji Sensorycznej	<input type="checkbox"/> TAK	
Terapia Biofeedback	<input type="checkbox"/> TAK	
Terapia Metodą Warnkego	<input type="checkbox"/> TAK	
Diagnoza zaburzeń Integracji Sensorycznej	<input type="checkbox"/> TAK	
Diagnoza zaburzeń za pomocą Metody Warnkego	<input type="checkbox"/> TAK	

Część 1 – Informacje o dziecku

1. Imię i Nazwisko	
2. Data urodzenia	
3. Adres zamieszkania	
4. Powiat	
5. Województwo	
6. Czy u dziecka obserwuje się lub wykryto zaburzenia rozwojowe?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
7. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
8. Czy dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
9. Czy dziecko posiada szczególne potrzeby? (wymaga szczególnej pomocy przy realizacji zajęć np. jest osobą niesłyszącą, niewidomą lub inne )	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeśli TAK, to jakie?	

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

1. Imię i nazwisko	
2. Nr telefonu	
3. E-mail	

## OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO\*:

**Imię i nazwisko:** .....

**zamieszkała/y:** .....

**W związku z udziałem w zadaniu publicznym pn. „Diagnozy i zajęcia terapeutyczne - wsparciem dla dzieci z zaburzeniami rozwojowymi – edycja 2025” współfinansowanym ze środków Województwa Podkarpackiego – Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Rzeszowie 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 zajęciach/diagnozach 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. W przypadku zakwalifikowania ww. dziecka do udziału w zadaniu publicznym zobowiązuję się do wniesienia opłaty przewidzianej dla adresatów zadania tj. 90,00 zł od uczestnika diagnoz lub 150,00 zł od uczestnika zajęć terapeutycznych.

TAK  NIE

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

TAK  NIE

5. Oświadczam, że wszystkie informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.

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: .....