

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Zadanie publiczne

„Zajęcia terapeutyczne i diagnozy – wsparciem dla dzieci z niepełnosprawnościami”

Zgłaszam udział dziecka w zajęciach/diagnozach:

(proszę zaznaczyć jedną opcję lub więcej, określając najbardziej preferowane zajęcia/ diagnozy za pomocą cyfr, gdzie 1 oznacza najbardziej pożądane, a 5 najmniej)

		Preferencja
Terapia Integracji Sensorycznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Terapia Biofeedback	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Terapia Metodą Warnkego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Diagnoza zaburzeń Integracji Sensorycznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Diagnoza zaburzeń za pomocą Metody Warnkego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

Część 1 – Informacje o dziecku

1. Imię i Nazwisko	
2. Data urodzenia	
3. Adres zamieszkania	
4. Powiat	
5. Województwo	
6. Czy dziecko posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
7. 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. Adres poczty elektronicznej	

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO*:

Imię i nazwisko:

zamieszkała/y:

W związku z udziałem w zadaniu publicznym pn. „Zajęcia terapeutyczne i diagnozy - wsparciem dla dzieci z niepełnosprawnościami” współfinansowanym ze środków PFRON będących w dyspozycji Samorządu 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.

TAK NIE

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

TAK NIE

5. Oświadczam, że dziecko, zgłoszone przeze mnie do udziału ww. zadaniu publicznym jest osobą niepełnosprawną w rozumieniu art.1 ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych. Dziecko posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności:

nr ważne do:

TAK NIE

6. Oświadczam, że wszystkie dane podane przeze mnie w niniejszym formularzy 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: