



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Zadanie publiczne

„Diagnozy i zajęcia terapeutyczne - wsparciem dla dzieci z zaburzeniami rozwojowymi – edycja 2023”

Zgłaszam udział dziecka w diagnozie lub zajęciach terapeutycznych:

proszę zaznaczyć jedną opcję lub więcej opcji określając najbardziej preferowany rodzaj diagnozy lub terapii za pomocą cyfr, gdzie 1 oznacza najbardziej pożądaną, a 3 najmniej)

		Preferencja:
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	
		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	

Część 1 – Informacje o dziecku

1. Imię i Nazwisko			
2. Wiek		3. Data urodzenia	
4. Adres zamieszkania			
5. Powiat			
6. Województwo			
7. Czy u dziecka obserwuje się lub wykryto zaburzenia rozwojowe?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
8. Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
9. Jeśli dziecko <u>nie posiada orzeczenia o niepełnosprawności</u> , to czy jest zagrożone niepełnosprawnością? (np. jest nadpobudliwe psychoruchowo lub w trakcie diagnozy)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
10. Czy dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego?	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	

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. „Diagnozy i zajęcia terapeutyczne - wsparciem dla dzieci z zaburzeniami rozwojowymi – edycja 2023” współfinansowanym ze środków Województwa Podkarpackiego – Regionalnego Ośrodka Polityki Społecznej w Rzeszowie ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

- 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 diagnozach lub 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

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

TAK NIE

- W przypadku zakwalifikowania mojego dziecka do udziału w zadaniu publicznym zobowiązuję się do wniesienia opłaty przewidzianej dla adresatów zadania.

TAK NIE

- Zobowiązuję się do stosowania do aktualnie obowiązujących w kraju wytycznych i zaleceń mających na celu ograniczenie rozprzestrzeniania się wirusa SARS-COV-2.

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: