



## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Zadanie publiczne

### „Diagnozy i zajęcia terapeutyczne - wsparciem dla dzieci z zaburzeniami rozwojowymi”

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 funkcjonalna                       | <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 |              |
|   |   | 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. Czy dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego?  | <input type="checkbox"/> TAK | <input type="checkbox"/> NIE |  |
| 10. Czy dziecko jest zagrożone niepełnosprawnością?<br>(jeśli nie posiada orzeczenia o niepełnosprawności np. jest nadpobudliwe psychoruchowo lub w trakcie diagnozy) | <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” 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: .....