



**Projekt: „PROGRES specjalistyczna rehabilitacja na rzecz  
dzieci niepełnosprawnych”**  
współfinansowany ze środków PFRON



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

*Załącznik nr 1*

Zgłaszam swoje dziecko do udziału w projekcie:

**„PROGRES specjalistyczna rehabilitacja na rzecz dzieci niepełnosprawnych”  
I okres realizacji projektu**

Imię i nazwisko dziecka: \_\_\_\_\_

Data urodzenia dziecka: \_\_\_\_\_ PESEL: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko rodzica: \_\_\_\_\_

Adres zameldowania dziecka : \_\_\_\_\_

(kod pocztowy, miasto, ulica)

\_\_\_\_\_ (powiat)

\_\_\_\_\_ (województwo)

Adres zamieszkania dziecka : \_\_\_\_\_

(kod pocztowy, miasto, ulica)

\_\_\_\_\_ (powiat)

\_\_\_\_\_ (województwo)

Telefon kontaktowy: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**I. INFORMACJE DOTYCZĄCE DZIECKA:**

Schorzenia występujące u dziecka:

- .....  
- .....  
- .....

Czy dziecko posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności ? : TAK\* / NIE

\*Termin ważności orzeczenia od ..... do .....

**Kserokopia orzeczenia o niepełnosprawności stanowi załącznik do formularza zgłoszeniowego**

Czy dziecko uczęszcza do przedszkola/szkoły ? : TAK\* / NIE / NIE DOTYCZY

\*Moje dziecko uczęszcza do .....

Czy dziecko uczęszcza na zajęcia realizowane w ramach wczesnego wspomaganie rozwoju dziecka ? :

TAK\* / NIE / NIE DOTYCZY

\*Jeśli tak proszę podać ile godzin wsparcia otrzymuje dziecko, ile razy w tygodniu oraz w jakiej placówce

.....  
.....

Czy dziecko uczęszcza na zajęcia specjalistyczne do innej placówki rehabilitacyjnej – poza Fundacją ?

TAK\* / NIE / NIE DOTYCZY

\*Jeśli tak proszę podać jakie są to zajęcia oraz w jakiej placówce są realizowane

.....  
.....

\_\_\_\_\_  
(podpis rodzica)



**II. INNE ISTOTNE PAŃSTWA ZDANIEM INFORMACJE DLA KADRY  
TERAPEUTYCZNEJ W ZWIĄZKU Z REALIZACJĄ PROJEKTU:**

.....  
.....  
.....  
.....

**III. INFORMACJE DOTYCZĄCE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH:**

	Matka/Opiekunka Prawna	Ojciec/Opiekun Prawny
Nazwisko i imię		
Miejsce zamieszkania		
Telefon kontaktowy		
Miejsce pracy		
Godziny pracy		

**IV. INFORMACJE DODATKOWE DOTYCZĄCE RODZINY DZIECKA**

Rodzina: pełna / niepełna /niepotrzebne skreślić/

Ilość osób zamieszkujących wspólnie w gospodarstwie domowym: .....

Rodzeństwo:

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(data urodzenia)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(data urodzenia)

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(data urodzenia)

**V. OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCE  
PRZYPROWADZANIA I ODBIERANIA DZIECKA Z ZAJĘĆ**

Oświadczam, iż oprócz rodziców/opiekunów prawnych dziecka, mogą przyprowadzać je i odbierać z zajęć (zapewniając mu bezpieczeństwo) niżej wymienione pełnoletnie osoby:

1.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(numer dowodu osobistego)

.....  
(pokrewieństwo)

2.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(numer dowodu osobistego)

.....  
(pokrewieństwo)

3.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(numer dowodu osobistego)

.....  
(pokrewieństwo)

.....  
(czytelny podpis rodzica(ów)/prawnych opiekunów)



## VI. OŚWIADCZENIE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW

Uprzedzona(y) o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233§1 k.k oświadczam, iż przedłożone przeze mnie informacje w niniejszej karcie zgłoszeniowej są zgodne ze stanem faktycznym oraz zobowiązuję się do powiadomienia Ośrodka Rehabilitacyjno-Edukacyjnego AMI nr 2 w Sieradzu prowadzonego przez Fundację Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Ami” w Zduńskiej Woli o wszelkich zmianach w podanych wyżej informacjach dotyczących zmiany adresu, telefonów oraz stanu zdrowia dziecka.

.....  
(czytelny podpis rodzica(ów)/prawnych opiekunów)

## VII. ZGODY DOTYCZĄCE PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich i mojego dziecka, oraz wykorzystanie wizerunku mojego dziecka na zdjęciach i nagraniach w publikacjach i materiałach w Ośrodka Rehabilitacyjno-Edukacyjnym AMI nr 2 w Sieradzu w celu realizacji zadań statutowych Fundacji Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Ami” w Zduńskiej Woli zgodnie z Ustawą z dn. 29 sierpnia 1997 r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. Nr 133, poz. 883.

.....  
(czytelny podpis rodzica(ów)/prawnych opiekunów)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Ośrodek Rehabilitacyjno-Edukacyjny AMI nr 2 w Sieradzu prowadzony przez **Fundację Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „AMI” z siedzibą przy ulicy Getta Żydowskiego 34 w Zduńskiej Woli**, a także firm współpracujących oraz przez PFRON z siedzibą w Warszawie przy al. Jana Pawła II 13 (administrator danych) w celach związanych z realizacją „Zasad zlecenia przez PFRON zadań z zakresu rehabilitacji zawodowej i społecznej osób niepełnosprawnych fundacjom oraz organizacjom pozarządowym”, zgodnie z umową z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.). Zostałem(am) poinformowany(a) o prawie dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania, aktualizacji, uzupełniania i usuwania.

.....  
(czytelny podpis rodzica(ów)/prawnych opiekunów)



**Projekt: „PROGRES specjalistyczna rehabilitacja na rzecz  
dzieci niepełnosprawnych”**  
współfinansowany ze środków PFRON



**Informacja rodzica o możliwości udziału dziecka w zajęciach specjalistycznych  
/brana pod uwagę m.in. podczas rekrutacji do projektu/  
„PROGRES specjalistyczna rehabilitacja na rzecz dzieci niepełnosprawnych”  
I okres realizacji projektu**

Fundacja Pomocy Osobom Niepełnosprawnym „Ami” informuje, iż w realizacji projektu największe możliwości podczas układania harmonogramu zajęć dla dzieci ma w godzinach dopołudniowych. **Planowana realizacja godzin projektowych przypada w godzinach 8:00-16:00.**

W związku z rekrutacją do projektu „PROGRES specjalistyczna rehabilitacja na rzecz dzieci niepełnosprawnych” informuje, iż moje dziecko może uczestniczyć w zajęciach w następujących dniach i godzinach. Proszę podać szczegółowo możliwe godziny zajęć, tym samym proszę wpisać w przypadku dzieci przedszkolnych, szkolnych plany zajęć. \* /proszę podać szczegółowo/:

Dzień tygodnia	Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota (ewentualnie)
godzina						
inne informacje						

\_\_\_\_\_  
(podpis rodzica)

**\*w przypadku braku możliwości techniczno – organizacyjnych Fundacji związanych z przedstawionym planem zajęć, dopuszcza się brak zakwalifikowania dziecka do projektu.**