



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Załącznik nr 1

Zgłaszam swoje dziecko do udziału w projekcie:

**„W AMI zmagamy się z barierAMI – rehabilitacja 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

Upředzona(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 Fundacji 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 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 **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 zlecania 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: „W AMI zmagamy się z barierAMI – rehabilitacja
dzieci niepełnosprawnych”**
współfinansowany ze środków PFRON



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

**Informacja rodzica o możliwości udziału dziecka w zajęciach specjalistycznych
/brana pod uwagę m.in. podczas rekrutacji do projektu/
„W AMI zmagamy się z barierAMI – rehabilitacja 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 „W AMI zmagamy się z barierAMI – rehabilitacja 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.**