**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

dot. projektu: „Ogólnorowojowe wsparcie Juniora“

**1/2024 pn. „WSPIERAMY AKTYWNOŚĆ”**

realizowanego przez

**Spółdzielnia Socjalna Progres, ul. Wałowa 9, 89-500 Tuchola**

Formularz rekrutacyjny należy wypełnić czytelnie, elektronicznie lub odręcznie.

Należy wypełnić wszystkie rubryki Formularza Rekrutacyjnego.

**W miejscu** □ **należy zaznaczyć właściwą odpowiedź „krzyżykiem” X**

1. **DANE OSOBOWE RODZICA/OPIEKUNA UCZESTNIKA PROJEKTU**
   1. Imię/Imiona ................................................................................................................
   2. Nazwisko ....................................................................................................................
   3. Płeć kobieta mężczyzna
2. **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU**
   1. Imię/Imiona ................................................................................................................
   2. Nazwisko .....................................................................................................................
   3. Płeć kobieta mężczyzna
   4. Data i miejsce urodzenia ............................................................................................
   5. Pesel ...........................................................................................................................
   6. Miejsce nauki/ ukończona szkoła/rok ......................................................................... .....................................................................................................................................
3. **DANE KONTAKTOWE**
   1. Ulica ....................................................., nr domu/lokalu .............................................
   2. Miejscowość ........................................., kod pocztowy ...............................................
   3. Gmina ..................................................., Poczta ..........................................................
   4. Województwo ......................................................, Powiat .........................................
   5. Nr telefonu ..........................................., e-mail ...........................................................
4. **OPIS NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**
   1. Stopień niepełnosprawności zgodny z orzeczeniem zespołu ds. orzekania   
      o niepełnosprawności **.............................................................................................**
   2. Rodzaj niepełnosprawności (opisać wraz z symbolem niepełnosprawności)............... .......................................................................................................................................
   3. Oczekiwania, uwagi rodzica/opiekuna ......................................................................... ....................................................................................................................................... .......................................................................................................................................
5. **RODZAJ WSPARCIA**

*(proszę zaznaczyć X rodzaj wsparcia, w którym jest Pani/Pan zainteresowana wziąć udział –jest możliwość udziału jednocześnie w kilku rodzajach wsparcia)*

**Terapia psychologiczna**

**Trening Umiejętności Społecznych**

**Terapia Biofeedback**

**Wsparcie motoryczne dziecka**

**Rozwijanie kompetencji językowych i skuteczna komunikacja**

**Zajęcia wzmacniające poczucie własnej wartości i adekwatnej samooceny**

Oświadczam, że:

1. Pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą, oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne z prawdą i zobowiązuję się do bezzwłocznego poinformowaniao ich zmianie.

3. Zostałem/am poinformowany/a, że zadanie jest współfinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych przekazanych za pośrednictwem województwa Kujawsko-pomorskiego.

4. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych zawartych   
w niniejszym formularzu (zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018r. o ochronie danych osobowych), Rozporządzenia 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/WEdo celów związanych z przeprowadzeniem rekrutacji, wszystkich form wsparcia, realizacji, monitoringu i ewaluacji zadania.

………………………...... …..............……………………………….

Miejscowość i data Czytelny podpis Kandydata/opiekuna

**Załącznik do formularza rekrutacyjnego:**

1. **Orzeczenie o niepełnosprawności**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Wypełnia osoba przyjmująca zgłoszenie* | | |
| **Data wpływu:** | **Podpis przyjmującego zgłoszenie:** | **Decyzja:** |