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**

   a. Imię/Imiona .....
   b. Nazwisko .....
   c. Płeć kobieta mężczyzna

2. **DANE OSOBOWE UCZESTNIKA PROJEKTU**

   a. Imię/Imiona .....
   b. Nazwisko .....
   c. Płeć kobieta mężczyzna
   d. Data i miejsce urodzenia .....
   e. Pesel .....
   f. Miejsce nauki/ ukończona szkoła/rok .....
   .....

3. **DANE KONTAKTOWE**

   a. Ulica ....., nr domu/lokalu .....
   b. Miejscowość ....., kod pocztowy .....
   c. Gmina ....., Poczta .....
   d. Województwo ....., Powiat .....
   e. Nr telefonu ....., e-mail .....

4. **OPIS NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI**

   a. Stopień niepełnosprawności zgodny z orzeczeniem zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności **.....**
   b. Rodzaj niepełnosprawności (opisać wraz z symbolem niepełnosprawności) .....
   .....

c. 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 poinformowania o 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 10.05.2018 r. 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/WE do 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:**