

Wypełnić danymi osoby niepełnosprawnej

DANE BENEFICJENTA	NAZWISKO		IMIĘ (IMIONA)				
	DATA URODZENIA		PESEL				
	Stopień niepełnosprawności zgodny z orzeczeniem o niepełnosprawności <i>(zakreślić)</i>		Do 16 lat Lekki Umiarkowany Znaczny	Rodzaj niepełnosprawności <i>(opisać szczegółowo wraz z symbolem niepełnosprawności i informacją czy osoba choruje na epilepsję)</i>			
DANE KONTAKTOWE BENEFICJENTA / RODZICA / OPIEKUNA	ULICA/NR DOMU/NR LOKALU, KOD, MIEJSCOWOŚĆ						
	POWIAT		WOJEWÓDZTWO				
	NR TELEFONU		WIELKOŚĆ ZALUDNIENIA W REGIONIE ZAMIESZKANIA <i>(zakreślić)</i>		Wieś Miasto do 20tys. Miasto 20 do 50tys. Miasto 50 do 100tys. Miasto powyżej 100tys.		
	E-MAIL						
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zasadnicze	<input type="checkbox"/> średnie	Czy jest uczestnikiem Warsztatów Terapii Zajęciowej	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK	
NAZWA I ADRES szkoły/ przedszkola/							
Wpisać godziny dyspozycyjności		poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota

PROJEKT MA NA CELU:

Zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych poprzez prowadzenie rehabilitacji w zakresie wspomaganie rozwoju ukierunkowanego na:

- pomocy ON w wykorzystaniu potencjału rozwojowego jakim dysponuje
- przygotowaniu osoby z niepełnosprawnością fizyczną i intelektualną do korzystania z edukacji i pełnienia ról społecznych
- pomocy w stopniowym osiąganiu coraz większej samodzielności

REALIZOWANE FORMY WSPARCIA – ZAKREŚLIĆ TE KTÓRYMI JEST ZAINTERESOWANIE (ostatecznie o uczestnictwie w zajęciach decyduje komisja rekrutacyjna i lekarz po odbyciu badania)

- Nauka i doskonalenie pływania (woj.: podlaskie, warmińsko-mazurskie, mazowieckie)
- Terapia EEG Biofeedback (woj.: podlaskie, warmińsko-mazurskie, mazowieckie, świętokrzyskie)
- Zabiegi fizykoterapeutyczno-usprawniające (woj.: podlaskie)
- Terapia Integracji Sensorycznej (woj.: podlaskie, mazowieckie, świętokrzyskie)
- Metoda ruchu rozwijającego Weroniki Sherborne (woj.: świętokrzyskie)
- Hipoterapia (woj.: świętokrzyskie)
- Terapia taktylna (woj.: podlaskie)
- Zajęcia usprawniające kompetencje społeczne (woj.: podlaskie, warmińsko-mazurskie)
- Nordic walking (woj.: warmińsko-mazurskie, mazowieckie)
- Zajęcia na rowerach (woj.: warmińsko-mazurskie)

Deklaruję udział mój/podopiecznego w charakterze beneficjenta w Projekcie pn.: „Ćwiczę, myślę, rozwijam się”, realizowanym przez Podlaskie Stowarzyszenie Sportowe Osób Niepełnosprawnych „START”.

W razie przystąpienia do projektu, należy przedłożyć: **aktualne orzeczenie o niepełnosprawności** (oryginał do wglądu), oświadczenie o akceptacji warunków uczestnictwa w projekcie, oświadczenie o przetwarzaniu danych osobowych na potrzeby Projektu, brak przeciwwskazań do uczestniczenia w/w zajęciach.

Miejsce data

 podpis beneficjenta/rodzica/opiekuna prawnego