

Województwo **Mazowieckie**

<b>DANE BENEFICJENTA</b>	NAZWISKO			IMIĘ (IMIONA)		
	DATA URODZENIA			PESEL		
	<b>Stopień niepełnosprawności</b> zgodny z orzeczeniem o niepełnosprawności ( <i>zakreślić</i> )	Do 16 lat Lekki Umiarkowany Znaczny	Rodzaj niepełnosprawności ( <i>nazwa schorzenia wraz z symbolem niepełnosprawności i informacją czy osoba choruje na epilepsję</i> )			
<b>DANE KONTAKTOWE BENEFICJENTA / RODZICA / OPIEKUNA</b>	ULICA/NR DOMU/NR LOKALU					
	KOD POCZTOWY			MIEJSCOWOŚĆ		
	POWIAT			WOJEWÓDZTWO		
	NR TELEFONU			WIELKOŚĆ ZALUDNIENIA W REGIONIE ZAMIESZKANIA ( <i>zakreślić</i> )	Wieś	
	E-MAIL				Miasto do 20tys Miasto 20 do 50tys. Miasto 50 do 100tys. Miasto powyżej 100tys.	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> gimnazjalne	<input type="checkbox"/> zasadnicze	<input type="checkbox"/> zasadnicze	<input type="checkbox"/> średnie	<input type="checkbox"/> wyższe
Czy jest uczestnikiem <b>Warsztatów Terapii Zajęciowej</b> lub <b>Środowiskowego Domu Samopomocy</b>				<input type="checkbox"/> NIE	<input type="checkbox"/> TAK	

**PROJEKT MA NA CELU:**

Zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych poprzez prowadzenie grupowych i indywidualnych zajęć ukierunkowanych na:

- rozwój osobisty i fizyczny ON poprzez aktywność w różnych dziedzinach sportu
- zaangażowanie osób niepełnosprawnych do aktywności fizycznej
- zwiększenie samodzielności poprzez usprawnienie fizyczne

**REALIZOWANE FORMY WSPARCIA – ZAKREŚLIĆ TĄ KTÓRĄ JEST ZAINTERESOWANIE** (*ostatecznie o uczestnictwie w projekcie decyduje komisja rekrutacyjna*)

- Sekcja sportowa ogólnorozwojowa dzieci i młodzieży**
- Sekcja tenisa stołowego**
- Nauka i doskonalenie pływania**
- Zajęcia sportowe seniorów** (gimnastyka, oraz nauka i doskonalenie pływania)

Akceptuję regulamin i deklaruję udział mój/mojego podopiecznego w charakterze beneficjenta w projekcie pn.: „**Treningi sportowe osób niepełnosprawnych**”, realizowanym przez Podlaskie Stowarzyszenie Sportowe Osób Niepełnosprawnych „START” w Białymstoku w partnerstwie ze Stowarzyszeniem Rodziców Osób Niepełnosprawnych i Osób Wspierających przy Warsztacie Terapii Zajęciowej i Stowarzyszeniem Wspierania Szkół i Placówek z Oddziałami Integracyjnymi "Pomarańcza" w Olecku.

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

Miejsce ..... data .....

.....  
podpis beneficjenta/opiekuna prawnego