

Województwo Świętokrzyskie

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>nazwa schorzenia wraz z symbolem niepełnosprawności i informacją czy osoba choruje na epilepsję</i>)			
DANE KONTAKTOWE BENEFICJENTA / RODZICA / OPIEKUNA	ULICA/NR DOMU/NR LOKALU					
	KOD POCZTOWY		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"/> zasadnicze	<input type="checkbox"/> średnie	<input type="checkbox"/> wyższe
Czy jest uczestnikiem Warsztatów Terapii Zajęciowej lub Środowiskowego Domu Samopomocy				<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 dla dzieci i młodzieży**
- Sekcja tenisa stołowego**

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