

DANE BENEFICJENTA	NAZWISKO		IMIĘ (IMIONA)		
	DATA URODZENIA		PESEL		
	Stopień niepełnosprawności zgodny z orzeczeniem zespołu ds. orzekania o niepełnosprawności <i>(zakreślić)</i>		Lekki Umiarkowany Znaczny	Rodzaj niepełnosprawności wraz z symbolem <i>(opisać szczegółowo wraz z symbolem niepełnosprawności z informacją czy osoba choruje na epilepsję)</i>	
DANE KONTAKTOWE BENEFICJENTA / OPIEKUNA	ULICA/NR DOMU/NR LOKALU				
	KOD POCZTOWY		MIEJSCOWOŚĆ		
	POWIAT		WOJEWÓDZTWO		
	NR TELEFONU		WIELKOŚĆ ZALUDNIENIA W REGIONIE ZAMIESZKANIA <i>(zakreślić)</i>	Wieś 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	Uczestnictwo w WTZ <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK

PROJEKT MA NA CELU aktywizację i przeciwdziałanie wykluczeniu osób niepełnosprawnych w wieku 50+ poprzez:

1. Aktywność fizyczną
2. Kształtowanie pozytywnych nawyków żywieniowych
3. Poznanie technik i sposobów skutecznej komunikacji
4. Kształtowanie umiejętności niezbędnych do samodzielnego funkcjonowania

W PROJEKCIE BĘDĄ REALIZOWANE NASTĘPUJĄCE FORMY WSPARCIA:

- Nauka i doskonalenie pływania** *(woj.: podlaskie, warmińsko-mazurskie, mazowieckie)*
- Zajęcia gimnastyki** *(woj.: podlaskie, warmińsko-mazurskie, mazowieckie)*
- Masaż klasyczny** *(woj.: podlaskie)*
- Warsztaty z dietetykiem** *(woj.: podlaskie, warmińsko-mazurskie, mazowieckie)*
- Warsztaty z psychologiem** *(woj.: podlaskie, warmińsko-mazurskie, mazowieckie)*

Deklaruję udział mój/mojego podopiecznego w charakterze beneficjenta w Projekcie pn.: „**Jestem aktywny**”, realizowanym przez Podlaskie Stowarzyszenie Sportowe Osób Niepełnosprawnych „START” w Białymstoku ze środków PFRON.

W razie przystąpienia do Projektu będzie wymagane: aktualne orzeczenie o niepełnosprawności (oryginał do wglądu), przystąpienie do Stowarzyszenia (wypełnienie deklaracji członkowskiej), 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