***Zajęcia realizowane w województwie podlaskim***

**Nauka i doskonalenie pływania**

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

**Zajęcia mają na celu:**

Zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych poprzez prowadzenie grupowych i indywidualnych zajęć :

- rozwój osobisty i fizyczny ON poprzez aktywność w różnych dziedzinach sportu

- zaangażowanie osób niepełnosprawnych do aktywności fizycznej

- zwiększenie samodzielności poprzez usprawnienie fizyczne

**Dodatkowe zajęcia w ramach projektu** (fakultatywnie można zaznaczyć te którymi jest zainteresowanie):

 *Zajęcia fizjoterapeutyczno-usprawniające (zajęcia indywidualne)*

 *Zajęcia koncentracji uwagi w sporcie (zajęcia indywidualne, również przy wykorzystaniu metody EEG Biofeedback)*

Ostatecznie o uczestnictwie w projekcie decyduje komisja rekrutacyjna. 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 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 (formularze dostępne w biurze/u instruktorów).

\* Należy opisać stan osoby niepełnosprawnej: podać rodzaj niepełnosprawności wraz z symbolem o niepełnosprawności (widnieje na orzeczeniu o niepełnosprawności); czy kandydat miał kontakt z wodą; czy uczestniczył w podobnych zajęciach; czy choruje na epilepsję (czy wystąpił chociaż jeden napad); czy nie ma przeciwskazań zdrowotnych do uczestniczenia w zajęciach;

\*\* Niepodanie danych kontaktowych: nr telefonu i adres e-mail, może skutkować automatycznym umieszczeniem zgłoszenia na liście rezerwowej przystąpienia do projektu.

Miejsce ........................................ data ….……………………. ..........................................................................................

 podpis beneficjenta/opiekuna prawnego