***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)* | | Wieś  Miasto do 20tys  Miasto 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