***Województwo Świętokrzyskie 2021***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DANE BENEFICJENTA**  | NAZWISKO |  | IMIĘ (IMIONA) |  |
| DATA URODZENIA |  | PESEL |  |
| **Stopień niepełnosprawności** zgodny z orzeczeniem o niepełnosprawności*(zakreślić)* | Do 16 latLekkiUmiarkowanyZnaczny | Rodzaj 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 |

**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**
* **Jeździectwo konne**

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.

Do zgłoszenia należy dołączyć ważne orzeczenie o niepełnosprawności.

W razie przystąpienia do projektu, należy przedłożyć: 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).

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

 podpis beneficjenta/opiekuna prawnego