

Zajęcia realizowane w województwie podlaskim

Nauka i doskonalenie pływania

| | | | | | | |
|--|---|--------------------------------------|---|---|----------------------------------|---------------------------------|
| DANE BENEFICJENTA | NAZWISKO | | IMIĘ (IMIONA) | | | |
| | DATA URODZENIA | | PESEL | | | |
| | Stopień niepełnosprawności <input type="checkbox"/> Do 16 lat <input type="checkbox"/> Lekki <input type="checkbox"/> Umiarkowany <input type="checkbox"/> Znaczny | | | | | |
| | Rodzaj i charakterystyka niepełnosprawności (nazwa schorzenia wraz z symbolem niepełnosprawności i informacją czy osoba choruje na <u>epilepsję</u>)* | | | | | |
| 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 | |

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 (obycie z wodą połączone z rozwijaniem zainteresowań w kierunku pływania)
- 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/integracja sensoryczna (najchętniej w godzinach:)
- Zajęcia koncentracji uwagi w sporcie/EEG Biofeedback (najchętniej w godzinach:)

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).

* 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 wystąpiła chociaż jedna okoliczność napadowa); czy nie ma przeciwwskazań 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 pełnoletniego beneficjenta lub opiekuna prawnego