

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

### DANE OSOBOWE DZIECKA: (Proszę wypełnić drukowanymi literami)

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
DATA URODZENIA	
PŁEĆ	
WIEK W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU (liczba ukończonych lat)	

### ADRES ZAMELDOWANIA DZIECKA:

ULICA	
NR DOMU	
NR LOKALU	
MIEJSCOWOŚĆ	
KOD POCZTOWY	
OBRSZAR MIEJSKI/WIEJSKI	
POWIAT	
WOJEWÓDZTWO	

### ADRES ZAMIESZKANIA/KORESPONDENCYJNY: (Należy wypełnić w przypadku, gdy adres zamieszkania jest inny niż adres zameldowania)

ULICA	
NR DOMU	
NR LOKALU	
MIEJSCOWOŚĆ	
KOD POCZTOWY	

### DANE OSOBOWE MATKI DZIECKA/PRAWNEGO OPIEKUNA:

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA	
NUMER TELEFONU	
ADRES E-MAIL	

Realizator zadania:

**DANE OSOBOWE OJCA DZIECKA/PRAWNEGO OPIEKUNA:**

IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA	
NUMER TELEFONU	
ADRES E-MAIL	

**INNE:**

Czy dziecko posiada aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności? *	TAK	NIE
Data rozpoczęcia udziału w projekcie ( <i>wypełnia osoba odpowiedzialna za rekrutację</i> )		

\*w przypadku zakwalifikowania do projektu kandydat/ka przedstawia kopię orzeczenia o niepełnosprawności

Oświadczam, iż dane w niniejszym formularzu są zgodne ze stanem faktycznym i jestem świadomy(a) odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy. Zobowiązuję się do informowania Koordynatora Projektu o każdorazowej zmianie powyższych danych. Powyższe dane osobowe podlegają ochronie i wykorzystywane będą w celach związanych z realizacją założeń projektu „Wieloprofilowa rehabilitacja krokiem ku samodzielności”, a także rozliczeń finansowych wobec PFRON-u. Przetwarzanie danych odbywać się będzie zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 833 z późn. zm.).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w formularzu zgłoszenia.

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*Podpis rodziców/opiekunów*

Realizator zadania: