**FROMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE   
pt.’’ DOŚWIADCZAM, JESTEM, CZUJĘ”**

**Realizacja projektu od 22.04-2022- 23.12.2022**

**DANE OSOBOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **2.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **3.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Nazwisko Imię*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **4.** |  | | |  | **5.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **6.** |  |  |  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |

*Płeć (M, K) PESEL Wiek (pełne lata ukończone) OPIEKUN – OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA*

1. **ADRES ZAMIESZKANIA - DO KORESPONDENCJI**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **7.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Miejscowość Miasto/wieś Ulica Nr domu Nr mieszkania*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **8** |  |  | - |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Kod pocztowy Poczta Gmina*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **9.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Powiat Województwo*

1. **DANE KONTAKTOWE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **10.** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **11.** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

*Nr telefonów: stacjonarnego komórkowego E – mail*

***12.***

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Stopień niepełnosprawności*** | ***ZNACZNY/UMIARKOWANY/LEKKI*** |  |  |  | ***Prosimy o zaznaczenie tak nie –PODAC STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI*** |
| ***Opiekun w projekcie*** |  |  |  |  |  |
| ***Osoba niepełnosprawna*** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Proszę zaznaczyć w jakiej formie zajęć chce Pani/Pan uczestniczyć w naszym projekcie:**

* DOŚWIADCZAM JESTEM CZUJĘ TAK NIE

BLOK KTÓRY DOTYCZY OSÓB NIESAMODZIELNYCH NIEPEŁNOSPRAWNYCH

* POMALUJ SWÓJ ŚWIAT : DLA OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH I OPIEKUNÓW TAK NIE   
   - YOGA  
  - ZAJĘCIA REKREACJI NA ŚWIEŻYM POWIETRZU TAK NIE
* - GIMNASTYKA W FORMIE TAŃCA
* - SPOTKANIE Z DIETETYKIEM
* - SPOTKANIE Z PIELĘGNIARKĄ
* - WYJŚCIE DO KINA
* BASEN
* SPOTKANIE Z DORADCĄ
* POGADANKA ZDROWOTNA
* WARSZTAT KREATYWNOŚCI ORGANIZACJA CZASU WOLNEGO

**Oświadczam, że dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.**

|  |
| --- |
| Ponadto oświadczam, że:  - zobowiązuję się do regularnego udziału w zajęciach,  **- zostałam poinformowana / zostałem poinformowany, że projekt jest   FINANSOWANY Z BUDŻETU SAMORZĄDU WOJEWÓDZTWA KUJAWSKO -POMORSKIEGO,**  - wyrażam zgodę na udział w badaniach ankietowych, które mogą odbywać się w czasie mojego udziału  w projekcie,  - wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych oraz wizerunku na potrzeby rekrutacji, realizacji i ewaluacji projektu (zgodnie z ustawą z dn. 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych, Dz. U. 2002 nr 101, poz. 926, ze zm.). |

Miejscowość/ data ……..………................

Imię i nazwisko (czytelnie) ………………..……..…..… Podpis …………….....……………

**Osoba uczestnicząca w projekcie wyraża zgodę na przetwarzanie wizerunku na stronach internetowych i do potrzeb projektu ( zdjęcia).**

**HARMONOGRAM ZAJĘĆ UDOSTĘPNIANY NA STRONIE INTERNETOWEJ.**

**Uczestnik zoobowiązuję się potwierdzać uczestnictwo na zajęciach własnoręcznym podpisem.**

**Zobowiązuje się zgłaszać swoją nieobecność na zajęciach koordynatorowi projektu-**

**- w to miejsce wchodzą uczestnicy z listy rezerwowej .**

Imię i nazwisko (czytelnie) ………………..……..…..… Podpis …………….....…………