



## „Spotkania z Terpsychorą 2020”

On-line

Projekt dofinansowany przez  
Państwowy Fundusz Rehabilitacji  
Osób Niepełnosprawnych



Państwowy Fundusz  
Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych

Potwierdzamy otrzymanie: .....

### Załącznik 1

## KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA

**Zgłaszam się do udziału w projekcie „Spotkania z Terpsychorą 2020” realizowanego on-line, ORAZ ZAPEWNIENIAM SWÓJ UDZIAŁU W PEŁNYM SZKOLENIU.**

/WYPEŁNIA INDYWIDUALNIE ZAINTERESOWANY UDZIAŁEM: opiekun, rodzic, wolontariusz, członka kadry szkoły specjalnej, szkoły integracyjnej, placówki lub ośrodka, w szczególności osoby profesjonalnie zaangażowane w proces rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych min. nauczyciel, psycholog, pedagog, pracownik wsparcia, asystent osoby niepełnosprawnej lub inni podobni z bezpośredniego otoczenia osób niepełnosprawnych z dowolnych województw z Polski/

\*Gwiazdka oznacza konieczność wypełnienia,  Oznacza wybranie właściwego kwadratu i zaznaczyć przekreśleniem

| I. DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ DO PROJEKTU*  |   |  |   |  |  |
|---|---|--|---|--|--|
| NAZWISKO I IMIĘ*  |   |  |   |  |  |
| PESEL*  |   | Płeć                                   | <input type="checkbox"/> kobieta* <input type="checkbox"/> mężczyzna* |  |  |
| Miejsce/a potwierdzające bezpośredni kontakt uczestnika z osobą niepełnosprawną, jak i możliwe dla wspólnego szkolenia w grupie*  | <input type="checkbox"/> 1. dom                             | <input type="checkbox"/> 2. szkoła     | <input type="checkbox"/> 3. klasa                                     | <input type="checkbox"/> 4. gabinet  |  |
|   | <input type="checkbox"/> 5. praca niepełnosprawnego         | <input type="checkbox"/> 6. internat   | <input type="checkbox"/> 7. sala ćwiczeń lub rehabilitacji            | <input type="checkbox"/> 8. inne nie wymienione                                      |  |
| Indywidualne zgłoszenie samodzielne lub w ramach grupy*   | <input type="checkbox"/> indywidualne zgłoszenie pojedyncze | Indywidualne zgłoszenie w ramach grupy | <input type="checkbox"/> zgłoszenie indywidualne w ramach grupy       | Wpisać numer miejsca z w/w możliwy dla samo szkolenia grupy.<br><input type="text"/> |  |
| II. ADRES ZAMIESZKANIA KANDYDATA NA UCZESTNIKA, NIEZBĘDNY DLA PRZESYŁANIA PŁYT DVD.   |   |  |   |  |  |
| Miasto / Miejscowość*   |   |  | Województwo*  |  |  |
| Kod* i Ulica*   |   |  | Nr domu*  | Nr lokalu*   |  |
| Adres e-mail*   |   |  |   |  |  |
| Numer telefonu*   |   |  | Komórka   |  |  |
| III. ADRES DLA KORESPONDENCJI POCZTĄ TRADYCYJNĄ DO KANDYDATA LUB UCZESTNIKA.<br>Wypełnić jeśli adres dla korespondencji jest inny niż wyżej podany adres zamieszkania. <input type="checkbox"/> * |   |  |   |  |  |
| Miasto/ Miejscowość/ Wieś   |   |  | Gmina*  |  |  |
| Kod* i Ulica*   |   |  | Nr domu*  | Nr lokalu*   |  |

UCZESTNIK JEST ZOBOWIĄZANY DO ZAPOZNANIA SIĘ Z REGULAMINEM PROJEKTU ORAZ DO JEGO ZAAKCEPTOWANIA I PODPISANIA WRAZ Z PODPISANIEM OSWIADCZENIA: O UDOSTĘPNIENIU DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA, KTÓRE PO ZESKANOWANIU ZOSTANĄ PRZESŁANE NA INTERNETOWY ADRES ORGANIZATORA: [balet@balet.com.pl](mailto:balet@balet.com.pl)

ZŁOŻENIE SKANU PODPISANEJ „KARTY ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA” NIE JEST JESZCZE RÓWNOZNACZNE Z OSTATECZNYM ZAKWALIFIKOWANIEM DO PROJEKTU.

POTWIERDZAM JEDNOZNACZNIE, ZAPOZNANIE SIĘ Z REGULAMINEM, JEGO AKCEPTACJĘ ORAZ ZGŁOSZENIE SWOJEGO UDZIAŁU DO PROJEKTU WRAZ Z WYMAGANYMI POZOSTAŁYMI ZAŁĄCZNIKAMI.

Czytelny podpis Osoby zgłaszającej się\* .....

(imię i nazwisko)\*