



FUNDACJA
OCZAMI BRATA



Moc
lokalnych
inicjatyw



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych



Zadanie publiczne realizowane w ramach programu „Moc lokalnych inicjatyw”
dofinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

ZAŁĄCZNIK NR 1

Formularz zgłoszeniowy (RODZIC / OPIEKUN)

Projekt: „Moje dziecko aktywne społecznie”

Realizator: Stowarzyszenie „Siła Woli”

Zadanie publiczne realizowane w ramach programu „Moc Lokalnych Inicjatyw”

dofinansowane ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.

I. Dane uczestnika (rodzica/opiekuna)

1. Imię i nazwisko:
2. Adres zamieszkania:
3. Telefon kontaktowy:
4. Adres e-mail:

II. Dane dziecka

1. Imię i nazwisko dziecka:
2. Wiek dziecka:
3. Numer orzeczenia o niepełnosprawności (kopia orzeczenia do wglądu).....

III. Wybór aktywności (można wybrać dowolną liczbę form wsparcia)

- 3-dniowy wyjazd regeneracyjny dla rodziców/opiekunów
- spotkania grupy wsparcia prowadzonych przez specjalistę
- tematyczne podcasty
- festyn rodzinny.

IV. Uzasadnienie udziału w projekcie

Proszę krótko opisać swoją sytuację oraz potrzeby wsparcia:

.....

.....

V. Oświadczenia

- Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem projektu i akceptuję jego zapisy.
- Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą.

Data i podpis:

