

**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA DO PROJEKTU**

**Zajęcia realizowane w ramach projektu: „Rehabilitacja dzieci z niepełnosprawnościami w Supersprawnych” finansowanego z konkursu „Sięgamy po sukces” (konkurs 1/2021) Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych**

**1. DANE OSOBOWE DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

<b>Imię:</b>		<b>Nazwisko:</b>	
<b>PESEL:</b>	<input type="text"/>	<b>Data urodzenia:</b>	<input type="text"/>
<b>Miejsce urodzenia:</b>	<input type="text"/>		
<b>Adres zamieszkania dziecka:</b>			
<b>Gmina</b>	<input type="text"/>	<b>Miejscowość</b>	<input type="text"/>
<b>Ulica:</b>	<input type="text"/>	<b>Numer domu/mieszkania</b>	<input type="text"/>
<b>Kod pocztowy</b>	<input type="text"/>	<b>Poczta:</b>	<input type="text"/>

**2. KWALIFIKACJA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE:**

	<b>TAK</b>	<b>NIE</b>
<b>Czy zgłoszenie dotyczy dziecka z niepełnosprawnością w wieku 0-16 lat ( potwierdzonej posiadaniem aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności) ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Czy uczestnik projektu korzysta z planowanych form wsparcia w ramach innego projektu finansowanego ze środków PFRON, prowadzącego do osiągnięcia takich samych rezultatów ?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Oświadczam, że dziecko nie korzysta z planowanych form wsparcia w ramach innego projektu finansowanego ze środków PFRON, które prowadzą do osiągnięcia tych samych rezultatów.</b>	<b>(podpis rodzica/opiekuna prawnego)</b>	

**3. DANE OSOBOWE RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH  
DZIECKA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ**

	<b>DANE OSOBOWE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO</b>
<b>Imię i nazwisko</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>Telefon kontaktowy</b>	
<b>Adres e-mail:</b>	
<b>Adres zamieszkania rodziców/opiekunów:</b>	
<b>Ulica</b>	
<b>Numer domu/mieszkania</b>	
<b>Miejscowość/Kod pocztowy</b>	
<b>Gmina</b>	

**4. DODATKOWE INFORMACJE O DZIECKU:**

ROZPOZNANIE:	
1. Rozwój fizyczny:	
2. Funkcjonowanie poznawcze:	
3. Funkcjonowanie społeczne:	



4. Komunikacja:	
5. Samodzielność:	

## 5. WŁĘPNE ZAPOTRZEBOWANIE NA ZAJĘCIA SPECJALISTYCZNE

Rodzaj zajęć	Tak	Nie
Terapia pedagogiczna		
Terapia ręki		
Zajęcia z integracji sensorycznej		
Fizjoterapia		
Zajęcia z neurologopedą		
Zajęcia z psychologiem		

.....  
(Data złożenia karty zgłoszenia)

.....  
Podpis rodzica/opiekuna prawnego