

Projekt sfinansowano ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach konkursu  
Moc lokalnych inicjatyw

## KARTA ZGŁOSZENIA DO PROJEKU

**„Potrzebna nam inspiracja - wypoczynek integracyjny z wymianą doświadczeń w tle”**

**Termin wyjazdu: 24.08.2026 – 29.08.2026**

**Miejsce: Agroturystyka Gawra; Chorzepowo 42, 64-410 Sieraków**

1. Liczba zgłaszanych osób ogółem (rodzice/opiekunowie + dzieci): \_\_\_\_\_
2. Liczba zgłaszanych osób z niepełnosprawnością \_\_\_\_\_

**3. Dane kontaktowe i informacje o uczestnikach**

*Prosimy o podanie danych osób, które faktycznie wezmą udział w wyjeździe.*

**Dane uczestnika posiadającego orzeczenie o niepełnosprawności:**

|                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------|--|
| Imię i nazwisko uczestnika posiadającego orzeczenie o niepełnosprawności : |  |
| PESEL:                                                                     |  |
| Adres zamieszkania:                                                        |  |
| Powiat zamieszkania:                                                       |  |
| Województwo:                                                               |  |

**Dane rodziców/opiekunów osoby z niepełnosprawnością, którzy będą uczestnikami wyjazdu i będą sprawować bezpośrednią opiekę nad uczestnikiem z niepełnosprawnością**

|                                            | Rodzic 1/ Opiekun 1 | Rodzic 2/ Opiekun 2 |
|--------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego: |                     |                     |
| Numer telefonu:                            |                     |                     |
| Adres e-mail:                              |                     |                     |
| PESEL:                                     |                     |                     |
| Adres zamieszkania:                        |                     |                     |
| Powiat zamieszkania:                       |                     |                     |
| Województwo:                               |                     |                     |

Projekt sfinansowano ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach konkursu  
Moc lokalnych inicjatyw

**Dane pozostałych uczestników wyjazdu:**

|                                                                                      |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| Imię i nazwisko                                                                      |  |  |
| Wiek:                                                                                |  |  |
| PESEL:                                                                               |  |  |
| Miejsce zamieszkania<br><br>(jeżeli inne niż wymienieni<br>wyżej członkowie wyjazdu) |  |  |

**4. Informacje o uczestniku z niepełnosprawnością**

*Te informacje pozwolą nam odpowiednio dobrać kadrę, zaplanować animacje oraz dostosować program do możliwości i potrzeb uczestnika z niepełnosprawnością.*

• Imię i wiek: \_\_\_\_\_

• Rodzaj niepełnosprawności / diagnoza: \_\_\_\_\_

• Poruszanie się (zaznacz właściwe):

- ☐ Samodzielne  
☐ Wymaga asekuracji/pomocy drugiej osoby  
☐ Wózek inwalidzki  
☐ Inne (kule, balkonik itp.): \_\_\_\_\_

• Komunikacja (zaznacz właściwe):

- ☐ Mowa płynna/zrozumiała  
☐ Mowa częściowo zrozumiała (komunikuje podstawowe potrzeby)  
☐ Komunikacja alternatywna (AAC, piktogramy, gesty, CyberOko itp.)  
☐ Brak komunikacji werbalnej

**5. Specjalne potrzeby i organizacja pobytu**

• Potrzeby architektoniczne (zaznacz, jeśli dotyczy):

- ☐ Pokój na parterze lub z dostępem do windy (warunek konieczny)  
☐ Dostosowana łazienka (brak progu pod prysznicem)  
☐ Inne: \_\_\_\_\_

Projekt sfinansowano ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach konkursu  
Moc lokalnych inicjatyw

- **Ważne informacje medyczne dotyczące osoby z niepełnosprawnością:**

*Czy osoba z niepełnosprawnością przyjmuje na stałe leki, które mogą wpływać na jego funkcjonowanie podczas zajęć? Czy występują napady padaczkowe (jeśli tak, jak wyglądają i jak reagować)?*

---

---

---

**6. Co warto wiedzieć o uczestniku z niepełnosprawnością? (Kluczowe dla prowadzących warsztaty i animacje)**

- **Co najbardziej lubi robić? Jakie aktywności sprawiają mu radość?**

---

---

---

---

- **Czego nie lubi, co stresuje lub wywołuje lęk? (np. głośne dźwięki, tłum, dotyk konkretnych faktur, ciemność):**

---

---

---

---

- **Jak reaguje w trudnych momentach (przebodźcowanie, złość) i co najbardziej pomaga mu się wyciszyć?**

---

---

---

---

Projekt sfinansowano ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w ramach konkursu  
Moc lokalnych inicjatyw

**7. Dieta i alergie (dla wszystkich zgłoszonych członków rodziny):** Czy ktoś z Państwa wymaga specjalnej diety (np. bezglutenowa, bezmleczna, wegetariańska) lub ma silne alergie pokarmowe/kontaktowe? Jeżeli tak proszę podać imię i nazwisko uczestnika i rodzaj alergii:

---

---

---

**8. Kontakt ze zwierzętami**

Czy ktoś z uczestników projektu posiada zdiagnozowane alergie na sierść, pióra, naskórek zwierząt, siano lub inne czynniki związane ze środowiskiem zwierzęcym?

☐ **NIE**

☐ **TAK**

W przypadku odpowiedzi **TAK**, prosimy o dopisanie szczegółów (kto i na jakie zwierzęta/czynniki jest uczulony oraz jakie są objawy i zalecane postępowanie):

---

---

---

**9. Zgoda na udział w zajęciach**

☐ **WYRAŻAM ZGODĘ** na udział w warsztatach i zajęciach z udziałem zwierząt dla wszystkich członków wyjazdu.

☐ **NIE WYRAŻAM ZGODY** na udział w warsztatach i zajęciach z udziałem zwierząt dla wszystkich członków wyjazdu.

☐ **WYRAŻAM ZGODĘ** na udział w warsztatach i zajęciach z udziałem zwierząt **WYŁĄCZNIE DLA** \_\_\_\_\_ (podaj imię i nazwisko osób, dla których wyrażasz zgodę)

**10. Zgody i RODO**

(Poniższe punkty są niezbędne z punktu widzenia prawa i organizacji)

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych moich oraz mojego dziecka w celu organizacji i przeprowadzenia wyjazdu integracyjnego (zgodnie z RODO).

☐ **TAK** / ☐ **NIE**

2. Wyrażam zgodę na wykorzystanie wizerunku mojego i mojego dziecka w materiałach dokumentujących wyjazd (fotorelacja na stronie www/social media organizatora).

☐ **TAK** / ☐ **NIE**

Data i czytelny podpis osoby z niepełnosprawnością .....

Data i czytelny podpis rodzica 1/opiekuna 1:.....

Data i czytelny podpis rodzica 1/opiekuna 1:.....