Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „WZROST KU AKTYWNOŚCI”

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

"**WZROST KU AKTYWNOŚCI**”

**WYPEŁNIA osoba niepełnosprawna bądź opiekun osoby niepełnosprawnej:**

Ja niżej podpisany/a ....................................................................................................................

Numer PESEL ............................................................................................................................

Zamieszkały/a ..............................................................................................................................

Deklaruję chęć udziału w Projekcie współfinansowanym ze środków PFRON, pn „ WZROST KU AKTYWNOŚCI”

Uczestnik Projektu:

Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………….

Numer PESEL………………………………………………………………………………….

Zamieszkały/a………………………………………………………………………………….

 i zobowiązuję się do uczestnictwa w nim w okresie jego trwania.

Zobowiązuję się do brania udziału w zaproponowanych dla mnie formach wsparcia w ramach Projektu i potwierdzania uczestnictwa na listach obecności. Ponadto, w przypadku choroby zobowiązuję się usprawiedliwić swoją nieobecność.

Zobowiązuję się również udzielać niezbędnych informacji o osiąganych rezultatach na każdym etapie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.

Oświadczam, że:

* jestem osobą niepełnosprawną w stopniu znacznym/umiarkowanym lub stopniu lekkim
* zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie WZROST KU AKTYWNOŚCI,
* zostałem/am pouczony/a o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą,
* zostałem/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu „WZROST KU AKTYWNOŚCI ” ze środków PFRON
* nie korzystam/łem/łam z podobnych form wsparcia w identycznym zakresie, w projektach realizowanych w projektach realizowanych ze środków PFRON,
* zostałem/am poinformowany/a o obowiązku poddania się czynnościom kontrolnym,
* wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie mojego wizerunku utrwalonego na zdjęciach lub filmach w dowolnych wydawnictwach wykonanych na potrzeby projektu,

 ........................................................... . ...........................................................

MIEJSCOWOŚĆ I DATA PODPIS OPIEKUNA PRAWNEGO UCZESTNIKA

 …………………………………………………

 PODPIS UCZESTNIKA

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA**

**WYPEŁNIA osoba niepełnosprawna bądź opiekun osoby niepełnosprawnej:**

**Ja niżej podpisany(a) deklaruję uczestnictwo kandydata / tki …………………………………… ………………………………………………………….. na zajęciach:**

**ZAJĘCIA INDYWIDUALNE**

**Neurokinezjologia** - 2 godziny w miesiącu **🞎**

**Aquaterapia** - 2 godziny w miesiącu **🞎**

**Integracja sensoryczna**– 2 godziny w miesiącu **🞎**

**Logopedia –**2 godziny w miesiącu **🞎**

**Rewalidacja –**2 godziny w miesiącu **🞎**

**Arteterapia –**2 godziny w miesiącu **🞎**

**Korekcyjno kompensacyjne -**2 godziny w miesiącu **🞎**

**Terapia taktylna -** 2 godziny w miesiącu **🞎**

 w projekcie „WZROST KU AKTYWNOŚCI” organizowanego przez Fundację Marty Chojnowskiej „Przerwij Ciszę” współfinasowany przez Państwowy Fundusz Rehabilitacyjny Osób Niepełnosprawnych .

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu monitoringu i ewaluacji projektu „WZROST KU AKTYWNOŚCI”. Ja, niżej podpisany/a udzielam Fundacji Marty Chojnowskiej „Przerwij Ciszę” nieodwołalnego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć z moim wizerunkiem bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć, za pośrednictwem dowolnego medium wyłącznie w celu zgodnym z prowadzoną przez Fundację „Przerwij Ciszę” działalnością. Oświadczam, że jestem pełnoletni/a i nieograniczony/a w zdolności do czynności prawnych, oraz że zapoznałem się z powyższą treścią i w pełni ją rozumiem.

**……………………………………....**

 **Data miejsce i podpis( uczestnika lub opiekuna dziecka) …………………………………………….**

 Data i podpis koordynatora projektu