

Formularz rekrutacyjny

w ramach projektu

„Wyrównywanie szans z Fundacją Wspierania Rozwoju AIM” (dalej: Projekt)
**współfinansowanego z budżetu Samorządu Województwa Kujawsko –
Pomorskiego**

Wypełnienie formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w projekcie.

Ten dokument to potwierdzenie chęci uczestnictwa w w/w projekcie.

Data i godzina wpływu	
Podpis osoby przyjmującej	
Numer kolejności wpływu	

1. Dane dziecka

- 1.1 Imię
- 1.2 Nazwisko
- 1.3 Płeć
- 1.4 Data i miejsce urodzenia
- 1.5 PESEL
- 1.6 Adres zamieszkania:
- 1.6.1 Województwo
- 1.6.2 Powiat
- 1.6.3 Gmina
- 1.6.4 Ulica/miejscowość i numer
domu/lokalu
.....
- 1.6.5 Kod pocztowy

1.7 Niepełnosprawność:

1.7.1 Rodzaj niepełnosprawności:

1.7.2 Stopień niepełnosprawności:

2. Dane rodzica/opiekuna prawnego

2.1 Imię

2.2 Nazwisko

2.3 Numer telefonu

2.4 Adres e-mail:

3. Oświadczenia rodzica/opiekuna prawnego:

3.1 Zapoznałam/łem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Wyrównywanie szans z Fundacją Wspierania Rozwoju AIM” i w pełni akceptuję jego zapisy

3.2 Zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany z budżetu Samorządu Województwa Kujawsko – Pomorskiego

3.3 Moje dziecko wskazane w niniejszym Formularzu w chwili obecnej jest w wieku przedszkolnym (zgodnie z definicją wskazaną w Regulaminie rekrutacji)

3.4. Moje dziecko wskazane w niniejszym Formularzu jest dzieckiem z niepełnosprawnością, co potwierdza kopia orzeczenia o niepełnosprawności

3.5 Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa mojego dziecka w Projekcie

3.6 Zostałam/am poinformowany/a, że złożenie Formularza rekrutacyjnego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do projektu

3.7 Jeśli moje dziecko nie zakwalifikuje się do udziału w Projekcie nie będę wnoszą żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Fundacji Wspierania Rozwoju AiM w Toruniu

3.8 Zostałam/am uprzedzony o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego) za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

4. Informacje o dziecku

4.1 Aktywna choroba nowotworowa TAK ☐ NIE ☐

4.2 Świeże urazy ortopedyczne	TAK ☐	NIE ☐
4.3 Ostre stany zapalne stawów	TAK ☐	NIE ☐
4.4 Odwarstwienie siatkówki	TAK ☐	NIE ☐
4.5 Zaawansowana osteoporoza	TAK ☐	NIE ☐
4.6 Poważne problemy kardiologiczne	TAK ☐	NIE ☐
4.7 Choroby neurologiczne i psychiczne	TAK ☐	NIE ☐

5. Inne istotne informacje o dziecku (opinie, schorzenia i problemy nieuwjęte w orzeczeniu o niepełnosprawności, opieka poradni specjalistycznej)

.....

.....

.....

.....

.....

WAŻNE!!! Integralną częścią formularza rekrutacyjnego jest kopia aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności dziecka oraz podpisana przez rodzica/opiekuna prawnego klauzula informacyjna

.....

Miejscowość, data

.....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

6. Możliwość korzystania przez dziecko z rezonansu stochastycznego*

Tak ☐

Nie ☐

Proponowany numer programu

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis terapeuty

* Wypełnia terapeuta