

Potwierdzamy otrzymanie:

Załącznik 1

KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA

**Zgłaszam się do udziału w projekcie „Terapia tańcem - szkolenie zdalne”
ORAZ ZAPEWNIENIAM SWÓJ UDZIAŁU W PEŁNYM SZKOLENIU.**

/WYPEŁNIA INDYWIDUALNIE ZAINTERESOWANY UDZIAŁEM: opiekun, rodzic, wolontariusz, członka kadry szkoły specjalnej, szkoły integracyjnej, placówki lub ośrodka, w szczególności osoby profesjonalnie zaangażowane w proces rehabilitacji społecznej osób niepełnosprawnych min. nauczyciel, psycholog, pedagog, pracownik wsparcia, asystent osoby niepełnosprawnej lub inni podobni z bezpośredniego otoczenia osób niepełnosprawnych, szczególnie osoby z gmin wiejskich i miejsko-wiejskich z województwa mazowieckiego/

*Gwiazdka oznacza konieczność wypełnienia, Oznacza wybranie właściwego kwadratu i zaznaczenie przekreśleniem

I. DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA ZGŁASZAJĄCEGO SIĘ DO PROJEKTU*					
NAZWISKO I IMIĘ*					
PESEL*		Płeć*	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna	
Miejsce/a potwierdzające bezpośredni kontakt uczestnika z osobą niepełnosprawną, jak i możliwe dla wspólnego szkolenia w grupie*	<input type="checkbox"/> 1. dom	<input type="checkbox"/> 2. szkoła	<input type="checkbox"/> 3. klasa	<input type="checkbox"/> 4. gabinet	
	<input type="checkbox"/> 5. praca niepełnosprawnego	<input type="checkbox"/> 6. internat	<input type="checkbox"/> 7. sala ćwiczeń lub rehabilitacji	<input type="checkbox"/> 8. inne nie wymienione	
Indywidualne zgłoszenie samodzielne lub w ramach grupy*	<input type="checkbox"/> zgłoszenie indywidualne samodzielne lub <input type="checkbox"/> zgłoszenie indywidualne w ramach grupy			Wpisać numer miejsca z w/w możliwy dla samo-szkolenia grupy. <input type="text"/>	
II. ADRES ZAMIESZKANIA KANDYDATA, NIEZBĘDNY DLA PRZESYŁANIA PŁYTY SZKOLENIOWEJ DVD.					
Powiat*		Gmina*			
Gmina wiejska*/ Miejsko-wiejska*		z liczbą mieszkańców*			
Miasto / Miejscowość*		Kod* Poczta*			
Ulica*		Nr domu*		Nr lokalu*	
Numer telefonu*		Adres e-mail*			
III. ADRES DLA KORESPONDENCJI POCZTĄ TRADYCYJNĄ DO KANDYDATA LUB UCZESTNIKA. Wypełnić jedynie jeśli adres dla korespondencji jest inny niż wyżej podany adres zamieszkania. <input type="checkbox"/> *					
Miasto/ Miejscowość/ Wieś		Kod* Poczta*			
Ulica*		Nr domu*		Nr lokalu*	

UCZESTNIK JEST ZOBOWIĄZANY DO ZAPOZNANIA SIĘ Z REGULAMINEM PROJEKTU ORAZ DO JEGO ZAAKCEPTOWANIA I PODPISANIA NA KARCIE ZGŁOSZENIOWEJ WRAZ Z PODPISANIEM OSWIADCZEŃ W TYM: O UDOŚTĘPNIENIU DANYCH OSOBOWYCH UCZESTNIKA, KTÓRE PO ZESKANOWANIU PZEŚLE NA INTERNETOWY ADRES ORGANIZATORA:

balet@balet.com.pl

ZŁOŻENIE SKANU PODPISANEJ „KARTY ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA” I POZOSTAŁYCH DOKUMENTÓW W ZAŁĄCZNIKACH NIE JEST JESZCZE RÓWNOZNACZNE Z OSTATECZNYM ZAKWALIFIKOWANIEM DO PROJEKTU.

NINIEJSZYM POTWIERDZAM JEDNOZNACZNIE, ZAPOZNANIE SIĘ Z REGULAMINEM, POZOSTAŁYMI ZAŁĄCZNIKAMI, ICH AKCEPTACJĘ ORAZ ZGŁASZAM SWÓJ UDZIAŁU DO SZKOLENIA WRAZ Z DEKLARACJĄ WYPEŁNIENIA WYMAGANYCH W REGULAMINIE OBOWIĄZKÓW SAMOKSZTAŁCENIA I KONSULTACJI, JAK RÓWNIEŻ PODPISANIA POZOSTAŁYCH ZAŁĄCZNIKÓW DLA SZKOLENIA.

Czytelny podpis Osoby zgłaszającej się*.....
(imię i nazwisko)*