

Data wpływu	
Podpis przyjmującego	

Formularz zgłoszeniowy

Projekt „POMAGAM! – Wiem jak! Program szkoleń dla otoczenia osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju” współfinansowanego ze środków PFRON

PROSIMY UZUPEŁNIĆ Drukowanymi literami

Tytuł szkolenia	
Miejsce szkolenia	
Data szkolenia	

Ja niżej podpisany/a
deklaruję udział w projekcie „POMAGAM! – Wiem jak! Program szkoleń dla otoczenia osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju”, realizowanym przez Fundację SCOLAR.

I. Dane uczestnika

1.	Imię (imiona)										
2.	Nazwisko										
3.	Data i miejsce urodzenia					PESEL					
4.	Ulica			6.	Nr domu			8.	Kod pocztowy		
5.	Miejscowość			7.	Nr lokalu						
9.	Telefon			10.	Email						
10.	Status w projekcie – właściwe podkreślić			Rodzic/ członek rodziny Kadra							

II. Dane placówki, w przypadku zgłaszania grupy

12.	Nazwa placówki										
13.	Ulica			15.	Nr domu			17.	Kod pocztowy		
14.	Miejscowość			16.	Nr lokalu						
18.	Ilość dzieci z zaburzeniami, których dotyczy szkolenie objętych opieką placówki										
19.	Telefon			20.	Email						
21.	Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za kontakt z Fundacją										

Jak Pani/Pan ocenia swoją wiedzę z proponowanego zakresu szkolenia:

- Podstawowa
- Średnia
- Zaawansowana

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w ww. projekcie. Zapoznałem/am się z informacjami o projekcie, w tym warunkami uczestnictwa i akceptuję je. W ramach tego projektu wyrażam zgodę na uczestnictwo we wszystkich dedykowanych zajęciach dla grupy.

Upředzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 oraz art. 297 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że ww. dane są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych, zbieranych w celach związanych z rekrutacją, monitoringiem i ewaluacją projektu **„POMAGAM! – Wiem jak! Program szkoleń dla otoczenia osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju” współfinansowanego ze środków PFRON** (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

....., dn

.....
(Czytelny podpis)

OŚWIADCZENIE
Rodzica/ członka rodziny/ opiekuna

Projekt „POMAGAM! – Wiem jak! Program szkoleń dla otoczenia osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju” współfinansowanego ze środków PFRON

Imię i nazwisko

zamieszkały

oświadczam, że jestem rodzicem lub opiekunem lub rodzeństwem dzieci i młodzieży niepełnosprawnej z całościowymi zaburzeniami rozwoju, w tym z ZA, autyzmem.

Oświadczam, że nie uczestniczę w innym projekcie szkoleniowym współfinansowanym ze środków PFRON.

Niniejszym potwierdzam, że wyżej wymienione informacje są zgodne z prawdą/

Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych, zbieranych w celach związanych z rekrutacją, monitoringiem i ewaluacją projektu **„POMAGAM! – Wiem jak! Program szkoleń dla otoczenia osób z całościowymi zaburzeniami rozwoju” współfinansowanego ze środków PFRON** (zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.).

....., dn

.....

(Czytelny podpis)