

**Deklaracja przystąpienia do projektu „Samodzielność daje Szansę”
realizowanego w ramach działań Fundacji SCOLAR**

| | |
|---|--|
| Imię i nazwisko beneficjenta: | |
| Imię i nazwisko opiekuna prawnego: | |
| Data urodzenia: | |
| PESEL: | |
| Telefon kontaktowy: | |
| Adres zamieszkania: | |
| E-mail: | |
| Osoba do kontaktu: | |
| Data złożenia deklaracji: | |

1. Ja niżej podpisana/y oświadczam niniejszym, że przystępuję do projektu/wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki w projekcie „Samodzielność daje Szansę” realizowanego przez Placówkę Rehabilitacji Osób Dorosłych SCOLAR, prowadzoną przez Fundację SCOLAR w Warszawie.
2. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikujące mnie do członkostwa w projekcie tj.:
 - Ukończyłam/em 18 lat / posiadam orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.
 - Mój stan zdrowia umożliwia mi aktywny udział w projekcie.
 - Nie jestem uczestnikiem innych projektów finansowanych z PFRON.
 - Nie uczestniczę w zajęciach realizowanych w ramach działalności WTZ, jak również ŚDS.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami realizacji projektu „Samodzielność daje Szansę” prowadzonego w ramach Ośrodka Wsparcia Osób Dorosłych SCOLAR, prowadzoną przez Fundację SCOLAR w Warszawie oraz zasadami BHP obowiązującymi na terenie Fundacji.
4. Deklaruję chęć udziału w zajęciach realizowanych w ramach projektu oraz aktywnego udziału w działaniach i inicjatywach podejmowanych w trakcie realizacji projektu.

.....
(podpis beneficjenta/rodzica/opiekuna prawnego)