 

**WNIOSEK**

**o udział w zajęciach w ramach pilotażowego programu „Rehabilitacja 25 plus”**

**w roku szkolnym 2023/2024**

**Zespół Placówek w Łukowie, ul. Międzyrzecka 70A, 21-400 Łuków**

1. **DANE BENEFICJENTA UBIEGAJĄCEGO SIĘ O UDZIAŁ W PROGRAMIE:**

|  |
| --- |
| 1. IMIĘ I NAZWISKO
 |
| 1. DATA I MIEJSCE URODZENIA
 |
| 1. PESEL
 |
| 1. ADRES ZAMIESZKANIA (MIEJSCOWOŚĆ, ULICA, NUMER DOMU/NUMER MIESZKANIA)
 |
| 1. STWIERDZONY STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI
 |
| 1. NAZWA I ADRES UKOŃCZONEJ PLACÓWKI EDUKACYJNEJ ORAZ ROK UKOŃCZENIA EDUKACJI
 |
| 1. MIEJSCE ORAZ FORMY POMOCY SPECJALISTYCZNEJ, Z KTÓRYCH KORZYSTA BENEFICJENT
 |

1. **DANE RODZICÓW/ OPIEKUNÓW PRAWNYCH BENEFICJENTA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | OJCIEC/OPIEKUN PRAWNY | MATKA/OPIEKUN PRAWNY |
| IMIĘ I NAZWISKO |  |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA |  |  |
| NR TELEFONU |  |  |
| ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ |  |  |

………………………………………………… …….……………………………………………………

 miejscowość, data czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że dane zawarte w formularzu rekrutacyjnym są zgodne ze stanem faktycznym. Jestem świadomy/a odpowiedzialności prawnej jaką ponoszę w przypadku podania nieprawidłowych danych.

…………………………………………………………………………………………………………………

 data i czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego

ZGODY

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym Wniosku do udziału
w zajęciach w ramach pilotażowego programu „Rehabilitacja 25 plus”, zgodnie z przepisami ustawy z dnia
29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (DZ. U. z 2014 r., poz. 1182 z późn. zm.).

…………………………………………………………………………………………………………………

 data i czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego

Wyrażam zgodę na umieszczenie zdjęć i materiałów filmowych zawierających wizerunek mojego dziecka , zarejestrowanych podczas zajęć w ramach programu „Rehabilitacja 25 plus”. Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że wizerunek mojego dziecka będzie wykorzystany tylko i wyłącznie w celu promocji Programu.

…………………………………………………………………………………………………………………

 data i czytelny podpis rodzica/ opiekuna prawnego

**Załączniki wymagane do wniosku:**

1. **Kopia orzeczenia poradni psychologiczno- pedagogicznej.**
2. **Kopia orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.**