



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY PROJEKTU: Active Futbol Camp

1. DANE OSOBOWE I ADRES ZAMIESZKANIA (Proszę wypełnić drukowanymi literami)

<i>Imię i nazwisko</i>			
PESEL			
<i>Ulica</i>			
Nr domu		Nr lokalu	
<i>Miejscowość</i>		Kod pocztowy	
Województwo			
<i>Telefon kontaktowy</i>		<i>E-mail</i>	

2. WYKSZTAŁCENIE (proszę zaznaczyć „X” w odpowiednim polu)

Przed obowiązkiem szkolnym	Zawodowe	Średnie	Policealne	Wyższe
Zajęcia rewalidacyjne	Niepełne podstawowe	Podstawowe		Gimnazjalne

3. RODZAJ I STOPIEŃ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI (proszę zaznaczyć „X” w odpowiednim polu)

Stopień niepełnosprawności (proszę zaznaczyć „X”)	Lekki	Umiarkowany	Znaczny
	Orzeczenie o niepełnosprawności (dot. Orzeczeń wydawanych osobom do 18 roku życia)		
Rodzaj niepełnosprawności (proszę zaznaczyć „X” w odpowiednim polu)	Narządu ruchu	Ogólny stan zdrowia	Autyzm
	Narządu wzroku	Choroby psychiczne	Sprzężona
	Narządu słuchu	Intelektualna	Inny

4. STATUS NA RYNKU PRACY (proszę zaznaczyć „X” w odpowiednim polu)

Bezrobotny zarejestrowany w PUP	Zatrudniony w ZAZ
Nieaktywny zawodowo	Zatrudniony w ZPCH
Niezatrudniony poszukujący pracy	Zatrudniony na otwartym rynku pracy
Zatrudniony poszukujący pracy	Nie dotyczy

5. UCZESTNICTWO W Warsztatach Terapii Zajęciowej (WTZ) : TAK NIE

* *Oświadczam, że mój udział w projekcie nie koliduje z udziałem w zajęciach WTZ.*

.....
Podpis uczestnika / opiekuna prawnego

6. OŚWIADCZENIA:

1. Oświadczam, że jestem / nie jestem* zdolny/a do czynności cywilnoprawnych.

Jeśli nie – dane i kontakt do opiekuna prawnego:

.....

2. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub równoważne.

2. Oświadczam, że informacje podane przeze mnie w niniejszym formularzu, są zgodne z prawdą.

3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie i spełniam warunki uczestnictwa.

5. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, że niniejszy projekt jest współfinansowany ze środków PFRON i równolegle nie biorę udziału w innym projekcie, w tym samym zakresie wsparcia, realizowanym przez PFRON.

7. Deklaruję chęć udziału w niniejszym projekcie i zobowiązuję się do uczestnictwa w nim w okresie jego trwania, brania udziału w zaproponowanych formach wsparcia i potwierdzania obecności na listach.

W przypadku choroby zobowiązuję się usprawiedliwić swoją nieobecność. Zobowiązuję się również udzielać niezbędnych informacji o osiągniętych rezultatach na każdym etapie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.

.....
Miejscowość, data

.....
PODPIS UCZESTNIKA / OPIEKUNA PRAWNEGO