



**DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE
organizowanym w okresie od 05 czerwca 2023 do 11 grudnia 2023**

Imię i nazwisko uczestnika:

Deklaruję uczestnictwo w projekcie w ramach realizacji zadań publicznych takich jak: prowadzenie rehabilitacji osób niepełnosprawnych w różnych typach placówek, ogłoszonym przez Regionalny Ośrodek Polityki Społecznej w Lublinie, a realizowany przez Stowarzyszenie Pomocy Osobom Niepełnosprawnym oraz Ich Rodzinom „MAMY SIEBIE” w Hrubieszowie.

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UCZESTNIKA

1. Imię (imiona)
2. Nazwisko
3. Data urodzenia
4. Miejsce zamieszkania Powiat
5. Nr telefonu
6. E-mail.....

.....
Podpis prawnego opiekuna dziecka

Deklaruję udział mojego dziecka w następujących zajęciach:

- indywidualnych zajęciach z Rehabilitacji - Treningu Usamodzielnienia

- indywidualne zajęcia terapeutyczne z integracji sensorycznej "Zgrani
ruchowo"



ZGODA RODZICÓW

wypełnia obowiązkowo rodzic w przypadku uczestnika niepełnoletniego

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka
w wybranych zajęciach realizowanych w ramach projektu, organizowanych przez Stowarzyszenie Pomocy Osobom Niepełnosprawnym oraz Ich Rodzinom „MAMY SIEBIE” w Hrubieszowie.

.....
czytelny podpis prawnego opiekuna

Oświadczenie prawnego opiekuna uczestnika/uczestniczki projektu

W związku z przystąpieniem do projektu oświadczam, że wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych od osób, których te dane dotyczą, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. 2014 r. poz. 1182) i przyjmuję do wiadomości, że:

- 1) dane osobowe dziecka będą przetwarzane wyłącznie w celu monitoringu, kontroli w ramach realizowanego projektu oraz prowadzonej ewaluacji.
- 2) mam prawo dostępu do treści danych swojego dziecka i ich poprawiania;
- 3) odmowa wyrażenia zgody na przetwarzanie danych uniemożliwia udział w projekcie.

.....
/Miejscowość i data /

.....
/Czytelny podpis prawnego opiekuna/

Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z zasadami realizacji projektu i moje dziecko spełnia warunki uczestnictwa w projekcie, tzn. posiada aktualne orzeczenie o niepełnosprawności, aktualne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności lub aktualne orzeczenie lekarza orzecznika ZUS.

Wyrażam zgodę na wypełnienie ankiet ewaluacyjnych w trakcie i po realizacji projektu oraz publikację dokumentacji zdjęciowej z zajęć w mediach tradycyjnych i elektronicznych.

Oświadczam, że zostałem poinformowany/ poinformowana, iż projekt jest dofinansowany przez Województwo Lubelskie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji |Osób Niepełnosprawnych.

.....
/Miejscowość i data /

.....
/Czytelny podpis prawnego opiekuna/