**„Im wcześniej, tym lepiej - wielospecjalistyczne wspomaganie**

**szansą optymalnego rozwoju dziecka niepełnosprawnego"**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY BENEFICJENTA PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE BENEFICJENTA  | NAZWISKO |  | IMIĘ (IMIONA) |  |
| PŁEĆ | KOBIETA |  | MĘŻCZYZNA |  |
| DATA URODZENIA |  | PESEL |  |
| Stopień niepełnosprawności*(proszę podkreślić)* | Do lat 16UmiarkowanyZnaczny  | Rodzaj niepełnosprawności  |  |
| DANE KONTAKTOWE UCZNIA RODZICA / OPIEKUNA  | ULICA |  | NR DOMU |  | NR LOKALU |  |
| KOD POCZTOWY |  | MIEJSCOWOŚĆ |  |
| POWIAT |  | WOJEWÓDZTWO  |  |
| TEL. STACJONARNY |  | TEL. KOMÓRKOWY |  |
| E-MAIL |  | OBSZAR WIEJSKI |  | OBSZAR MIEJSKI |  |
| Wykształcenie  | * podstawowe
 | * gimnazjalne
 | * zasadnicze
 | * średnie
 | Uczestnictwo w WTZ | TAK  NIE |
| NAZWA szkoły/przedszkola/ |  |
| ADRES szkoły/przedszkola |  |

**PROJEKT OBEJMUJE:**

Zajęcia wspierające zwiększenie samodzielności osób niepełnosprawnych poprzez prowadzenie rehabilitacji w zakresie wspomagania rozwoju ukierunkowanej na:

* pomocy dziecku w pełnym wykorzystaniu potencjału rozwojowego jakim dysponuje
* przygotowaniu dziecka z niepełnosprawnością fizyczną, intelektualną do korzystania z edukacji i współżycia w grupie
* pomocy w stopniowym osiąganiu coraz większej samodzielności

**REALIZOWANE FORMY WSPARCIA**

* Terapia metodą Integracji Sensorycznej
* Terapia EEG Biofeedback
* Zajęcia logopedyczne
* Terapię Taktylną
* Zajęcia rozwijające kompetencje społeczne

Deklaruję udział mojego dziecka / podopiecznego w charakterze beneficjenta w Projekcie

**pn.** „**„Im wcześniej, tym lepiej - wielospecjalistyczne wspomaganie szansą optymalnego rozwoju dziecka niepełnosprawnego"** realizowanym przez Fundację Rozwoju Sportu i Rehabilitacji w Białymstoku

Białystok ......................................... 2014 r. ..........................................................................................

 podpis rodzica/opiekuna prawnego