**„Pokonując labirynt własnych możliwości – nowatorskie metody usprawniania, rehabilitacji i terapii dziecka niepełnosprawnego "**

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY BENEFICJENTA PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE BENEFICJENTA | NAZWISKO | | |  | | | | IMIĘ (IMIONA) | | |  | | | |
| PŁEĆ | | KOBIETA |  | | | | MĘŻCZYZNA | | |  | | | |
| DATA URODZENIA | | |  | | | | PESEL | | |  | | | |
| Stopień niepełnosprawności  *(proszę podkreślić)* | | | Do lat 16  Umiarkowany  Znaczny | | 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 Taktylna
* Dogoterapia
* Hipoterapia
* Masaż leczniczy
* Trening w nawiązywaniu relacji społecznych z wykorzystaniem muzyki
* Terapia Metodą Tomatisa

Deklaruję udział mojego dziecka / podopiecznego w charakterze beneficjenta w Projekcie

**pn. „Pokonując labirynt własnych możliwości – nowatorskie metody usprawniania, rehabilitacji i terapii dziecka niepełnosprawnego"** współfinansowanego ze środków PFRON**,** realizowanym przez Fundację Rozwoju Sportu i Rehabilitacji w Białymstoku

Białystok ......................................... 2017 r. ..........................................................................................

podpis rodzica/opiekuna prawnego