**DEKLARACJA ZGŁOSZENIOWA BENEFICJENTA PROJEKTU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| DANE BENEFICJENTA | NAZWISKO |  | IMIĘ (IMIONA) |  |
| DATA URODZENIA |  | PESEL |  |
| Stopień niepełnosprawności*(proszę zaznaczyć)* | * Do lat 16
* LEKKI
 | * Umiarkowany
* Znaczny
 | Rodzaj/nazwaniepełnosprawności *(proszę zaznaczyć)* | * autyzm
* narząd słuchu
* narząd wzroku
* narząd ruchu
 | * upośledzenie umysłowe
* choroby psychiczne
 |
| DANE KONTAKTOWE RODZICA /OPIEKUNA  | ULICA NR DOMU/LOKALU |  |
| KOD POCZTOWY |  | MIEJSCOWOŚĆ |  |
| POWIAT |  | WOJEWÓDZTWO  |  |
| TEL. KOMÓRKOWY |  | E-MAIL |  |
| PLACÓWKA OŚWIATOWA | * PRZEDSZKOLE
 | * Szkoła podstawowa
* klasa
 | * szkoła ponadpodstawowa
* klasa
 |  |
| NAZWA szkoły/przedszkola/ |  |

**PROJEKT OBEJMUJE:**

Zajęcia wspierające ukierunkowane na:

* umożliwienie korzystania z szerokiej oferty zróżnicowanych form aktywności fizycznych, kulturowych i rekreacyjnych;
* wdrażanie działań i aktywności odpowiadających potrzebom i możliwościom poznawczym ON;
* budowanie realistycznego obrazu siebie od najwcześniejszych lat życia;
* budowanie kompetencji społecznych;
* rozwijanie umiejętności korzystania z własnych możliwości oraz wyzwalania osobistego potencjału;
* stwarzanie możliwości samodzielnego podejmowania decyzji i planowania zadań;
* umożliwianie podejmowania wyboru, poczucia sprawstwa i niezależności.

**REALIZOWANE FORMY WSPARCIA**

1. Integralna terapia zmysłowa dźwiękiem
2. Trening aktywnego uczestnictwa i społecznego zaangażowania
3. Terapia funkcjonalna
4. Warsztaty rozwijające aktywność i kompetencje społeczne

Deklaruję udział mojego dziecka/podopiecznego w charakterze beneficjenta projektu

**„Popatrz jestem”** **EDYCJA I –drugi okres finansowania** współfinansowanego  ze środków PFRON

………………………………………

 BIAŁYSTOK

 ……………………………………………..…………….

 *podpis rodzica/opiekuna prawnego*