

FORMULARZ REKRUTACYJNY

do udziału w projekcie pn: „Wjazd rekreacyjno-turystyczny dla osób z niepełnosprawnościami”

DANE POTENCJALNEGO UCZESTNIKA/UCZESTNICZKI			
Imię i nazwisko			
Wiek			
Telefon kontaktowy / e-mail			
DANE ADRESOWE (miejsce zamieszkania)			
Miejscowość		Ulica	
Nr budynku		Nr lokalu	
Kod pocztowy		Poczta	
Obszar wiejski	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>	Miejscowość do 20 tys. mieszkańców	TAK <input type="checkbox"/> / NIE <input type="checkbox"/>

Czy posiadasz ważne orzeczenie stwierdzające niepełnosprawność?	<input type="checkbox"/> TAK (<i>należy dołączyć ważne orzeczenie/ zaświadczenie</i>) ¹ <input type="checkbox"/> NIE
Stopień i symbol przyczyny niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> ZNACZNY <input type="checkbox"/> UMIARKOWANY <input type="checkbox"/> LEKKI <input type="checkbox"/> INNE ORZECZENIE jakie? SYMBOL/PRZYCZYNA
Czy poruszasz się?	<input type="checkbox"/> samodzielnie <input type="checkbox"/> przy pomocy kul <input type="checkbox"/> przy pomocy balkonika <input type="checkbox"/> na wózku
Czy jesteś zainteresowana/-y aktywnym udziałem w zajęciach z arteterapii?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

1

Czy jesteś zainteresowana/-y aktywnym udziałem w 7-dniowym wyjeździe rekreacyjno-turystycznym do Kołobrzegu?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jesteś zainteresowana/-y aktywnym zwiedzaniem podczas wyjazdu?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Czy jesteś mieszkańcem województwa podkarpackiego, łódzkiego, śląskiego lub mazowieckiego?	<input type="checkbox"/> TAK podać jakie:..... <input type="checkbox"/> NIE

.....
miejsowość, data

.....
podpis Potencjalnego/-nej Uczestnika/-czki Projektu

Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest orzeczenie wymienione w ustawie o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997 r. (tj. Dz. U. z 2024 r. poz.44, 858, 1089 .) lub w przypadku osób z zaburzeniami psychicznymi orzeczenie lub zaświadczenie lekarskie.