



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

Formularz naboru do projektu „Jedność w ruchu, mowie i zmysłach”

DANE DZIECKA

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Data urodzenia:

Rozpoznanie/diagnoza:

Orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,
ważne do

Stopień niepełnosprawności: (zaznacz odpowiedni):

- ☐ ZNACZNY
- ☐ UMIARKOWANY
- ☐ LEKKI
- ☐ BRAK STOPNIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

DANE RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO

Imię i nazwisko:

Adres zamieszkania:

Telefon i e-mail:

TERAPIE

Terapia indywidualna:

Proszę określić, która terapia jest dla Państwa najważniejsza, przypisując numer od 1 do 6 (gdzie 1 oznacza najważniejszą terapię, a 6 terapię najmniej ważną):

1. Terapia ręki (poniedziałki od 17:15 do 19:00, wtorek-czwartek 16:30-19:00, soboty 8-14)
2. Integracja Sensoryczna (SI) (poniedziałki 11:30,12:15,13:30, wtorki 8:30-12 i 17, środy 8:30-14:30, czwartki 10:45,11:30,14:15, piątki 9-13):
3. Terapia w sali doświadczania świata (wtorki 13:15 – 18:30, czwartki 16-18:15):
4. Terapia mowy i komunikacji (wtorki 15:30-19:00, soboty 8-12:30):
5. Terapia pedagogiczna (poniedziałki 14-16, wtorki 14-16, soboty 9-12):

6. Terapia psychologiczna (poniedziałki 8:45,13:30,14:15, wtorki 15:15-19:00, środy 8:45,11:00):

Legenda skali:

- 1 – Najważniejsza terapia
- 2 – Bardzo ważna terapia
- 3 – Ważna terapia
- 4 – Umiarkowana terapia
- 5 – Mniej ważna terapia
- 6 – Najmniej ważna terapia

Terapia grupowa:

Proszę określić, która terapia jest dla Państwa najważniejsza, przypisując numer od 1 do 3 (gdzie 1 oznacza najważniejszą terapię, a 3 terapię najmniej ważną):

- 1. Dogoterapia (czwartki 15:15-19:15):
- 2. Muzykoterapia (poniedziałki 16:00-18:00):
- 3. Arteterapia (soboty 9:00-13:00):

Legenda skali:

- 1 – Bardzo ważna terapia
- 2 – Ważna terapia
- 3 – Mniej ważna terapia

Aktualnie moje dziecko korzysta z terapii (podaj rodzaj, ilość godzin, miejsce terapii oraz, jeśli korzysta, z jakich rodzajów terapii):

.....
.....

Moje dziecko korzysta z rehabilitacji/terapii w ramach (zaznacz wybrane):

o NFZ

o PFRON – jeśli tak, to proszę wymienić, jakie rodzaje terapii:

.....

o Wczesne Wspomaganie Rozwoju Dziecka (WWRD) – jeżeli w Fundacji Krok po Kroku w Oławie, to proszę wymienić, jakie terapie dziecko realizuje:

.....

o Fundacje i stowarzyszenia

o Samodzielnie finansuję zajęcia rehabilitacyjne



Państwowy Fundusz
Rehabilitacji Osób
Niepełnosprawnych

DEKLARACJA DYSPOZYCYJNOŚCI DO UCZESTNICTWA W PROJEKCIE (WSKAŹ DNI I GODZINY):

Poniedziałek – w godzinach od do

Wtorek – w godzinach od do

Środa – w godzinach od do

Czwartek – w godzinach od do

Piątek – w godzinach od do

Sobota – w godzinach od do

Uwaga: Kwalifikacja na konkretną terapię będzie zależała od kolejności zgłoszeń. Na każdą formę terapii przypada 10 uczestników, jeśli zgłoszenie będzie jako 11, będziemy kwalifikować na terapię, która będzie podana jako kolejna w formularzu pod kątem ważności dla rodzica.

Planowane turnusy i nieobecności (powyżej 7 dni) w trakcie realizacji projektu
(01.05.2026-31.03.2027 r.):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

KLAUZULE INFORMACYJNE I WYMAGANE ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH:

Oświadczam, że wskazane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych w niniejszym formularzu wyłącznie w celu obsługi zgłoszenia.

Zostałem/-am poinformowany/-a, że w dowolnym momencie mam prawo wycofać udzieloną zgodę na przetwarzanie powyższych danych osobowych, jednak będzie to skutkowało odstąpieniem od rekrutacji ze względu na brak możliwości przeprowadzenia rekrutacji.

Czytelny podpis rodzica

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA ZGŁOSZENIA:

Data przyjęcia zgłoszenia:

Godzina przyjęcia zgłoszenia:

Numer zgłoszenia:

Czytelny Podpis osoby przyjmującej zgłoszenie:

Czytelny Podpis rodzica/ opiekuna prawnego: