

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

(Proszę wypełnić drukowanymi literami)

Dane osobowe Kandydata:

imię i nazwisko			
PESEL		data urodzenia	

Adres zamieszkania Kandydata:

ulica			
nr domu / nr lokalu			
kod pocztowy		mięscowość	
powiat		województwo	

Dane osobowe matki Kandydata / opiekuna prawnego:

imię i nazwisko			
adres zamieszkania			
numer telefonu		e-mail	

Dane osobowe ojca Kandydata / opiekuna prawnego:

imię i nazwisko			
adres zamieszkania			
numer telefonu		e-mail	

1. Czy dziecko aktualnie jest wychowankiem Kolorowego Przedszkola lub Kolorowej Szkoły - placówki prowadzonej przez Fundację Kolorowy Świat? (zaznacz właściwe):

☐ TAK,

☐ NIE.

2. Proszę o zaznaczenie wszystkich akceptowalnych przez Państwa częstotliwości terapii w ramach projektu Kolorowe wsparcie na starcie III, w którym tygodniowy wymiar wsparcia dla uczestnika wynosi 5 godzin (pytanie nie dotyczy dzieci będących obecnymi wychowankami placówek oświatowych Kolorowego Świata):

☐ 1 raz w tygodniu,

☐ 2 razy w tygodniu,

☐ 3 razy w tygodniu,

Realizator Zadania:

- ☐ 4 razy w tygodniu,
- ☐ 5 razy w tygodniu.
3. Proszę o zaznaczenie wszystkich akceptowalnych przez Państwa przedziałów czasowych, w których mogłaby odbywać się terapia dziecka (pytanie nie dotyczy dzieci będących obecnymi wychowankami placówek oświatowych Kolorowego Świata):
- ☐ 08.00 – 12.00,
- ☐ 12.00 – 16.00,
- ☐ 16.00 – 20.00.
4. Proszę o zaznaczenie wszystkich akceptowalnych przez Państwa sposobów umawiania się na realizację zajęć, które nie odbyły się z powodu nieobecności dziecka zgodnie z opracowanym harmonogramem terapii:
- ☐ zajęcia możemy odpracowywać każdego dnia po 1 godzinie,
- ☐ zajęcia możemy odpracowywać każdego dnia, ale po minimum 2 godziny następujące po sobie,
- ☐ zajęcia możemy odpracowywać każdego dnia, ale po minimum 3 godziny następujące po sobie,
- ☐ zajęcia możemy odpracowywać w wybrane przez nas dni po 1 godzinie,
- ☐ zajęcia możemy odpracowywać w wybrane przez nas dni, ale po min. 2 godz. następujące po sobie,
- ☐ zajęcia możemy odpracowywać w wybrane przez nas dni, ale po min. 3 godz. następujące po sobie.
5. Proszę o zaznaczenie maksymalnie 5 form wsparcia spośród wypisanych poniżej, które według Państwa są najbardziej potrzebne dziecku:
- ☐ terapia logopedyczna/neurologopedyczna,
- ☐ terapia psychologiczna,
- ☐ rehabilitacja ruchowa/neurorehabilitacja,
- ☐ aktywizacja chodu funkcji motorycznej,
- ☐ stymulacja percepcji wzrokowej i sprawności manualnej,
- ☐ integracja sensoryczna,
- ☐ trening fal mózgowych (EEG Biofeedback),
- ☐ wieloprofilowa stymulacja doświadczeń własnych
- ☐ trening umiejętności poznawczych i funkcji wykonawczych.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis rodziców/opiekunów

Realizator Zadania:

KOLOROWY
ŚWIAT FUNDACJA
POMOCY DZIECIOM

Fundacja Pomocy Dzieciom Kolorowy Świat
91 - 457 Łódź, ul. Żabia 10/12
tel./fax (+42) 640 67 05
www.kolorowyswiat.org; i.jachim-kubiak@kolorowyswiat.org