Państwowy Fundusz Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

Załącznik nr 1

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		miejscowość	
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,
   ☐ 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,
   ☐ wieloprofilowa stymulacja doświadczeń własnych
   ☐ trening umiejętności poznawczych i funkcji wykonawczych.

....

Miejscowość i data *Podpis Rodziców/OpiekunówPrawnych*