



DEKLARACJA UCZESTNICTWA

W związku z rekrutacją dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym i innymi zespołami porażennymi do projektu pn. „Rozszerzenie dostępności robotycznie wspomaganey diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym i innymi zespołami porażennymi na terenie województwa wielkopolskiego” nr projektu FEWP.06.13-IZ.00-0089/23, współfinansowanie z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Fundusze Europejskie dla Wielkopolski na lata 2021-2027 proszę o zakwalifikowanie mojego dziecka/podopiecznego do programu rehabilitacyjnego.

DANE DZIECKA

Nazwisko: _____ Imię: _____

Płeć: ☐ M ☐ K

Data i miejsce urodzenia: _____

PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres zamieszkania: _____

województwo,

gmina,

powiat,

miejscowość,

ulica,

nr budynku,

nr lokalu,

kod pocztowy

DANE RODZICA / OPIEKUNA

Nazwisko: _____ Imię: _____

Nr tel.: _____ adres e-mail: _____

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że moje dziecko/podopieczny:
(proszę zaznaczyć tylko jedną pozycję)

☐

choruje na mózgowe porażenie dziecięce i spełnia kryteria, takie jak:

stanie samodzielne, chodzenie samodzielnie lub z asystą, przejście min. 5 metrów samodzielnie lub z asystą, komunikowanie się pozwalające na rozumienie i wykonywanie poleceń

☐

choruje na inne zespoły porażenne (przepuklina oponowo-rdzeniowa, artrogrypoza, dystrofie mięśniowe, miopatie, zespoły wiotkie, zespół Downa z niedowładem kończyn dolnych, stany po urazach rdzenia kręgowego i centralnego układu nerwowego) i spełnia kryteria, takie jak: stanie samodzielne, chodzenie samodzielnie lub z asystą, przejście min. 5 metrów samodzielnie lub z asystą, komunikowanie się pozwalające na rozumienie i wykonywanie poleceń

czytelny podpis i data osoby wypełniającej deklarację