DEKLARACJA UCZESTNICTWA

W związku z rekrutacją dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym i innymi zespołami porażennymi do projektu pn. *„Rozszerzenie dostępności robotycznie wspomaganej diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym i innymi zespołami porażennymi na terenie województwa wielkopolskiego - edycja II”, nr projektu FEWP.06.13-IZ.00-0002/26, 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