



KARTA ZGŁOSZENIA DEKLARACJA UCZESTNICTWA

/WYPEŁNIA ZAINTERESOWANA OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA LUB OSOBA MAJĄCA BEZPOŚREDNI KONTAKT Z OSOBĄ NIEPEŁNOSPRAWNĄ. ZŁOŻENIE KARTY NIE JEST JESZCZE OSTATECZNYM ZAKWALIFIKOWANIEM DO PROJEKTU.

* Gwiazdka oznacza konieczność wypełnienia, Właściwy kwadrat ☐ zaznaczyć przekreśleniem ☒

I. DANE OSOBOWE OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ SIĘ DO PROJEKTU*					
NAZWISKO I IMIĘ*					
PESEL*		Płeć	☐ kobieta ☐ mężczyzna		
Rodzaj uczestnika*	☐ osoba niepełnosprawna ☐ opiekun prawny lub rodzic osoby niepełnosprawnej ☐ osoba bezpośrednio działająca z osobą niepełnosprawną				
II. ADRES ZAMIESZKANIA (JEŻELI ADRES KORESPONDENCJI JEST INNY, PROSZĘ PODAĆ NA DODATKOWEJ KARCIE ZGŁOSZENIA)					
Miejscowość*			Kod		
Województwo *	☐ mazowieckie ☐ podlaskie ☐ świętokrzyskie				
Ulica*		Nr domu*		Nr lokalu*	
Numer telefonu*		E- mail*			
IV. INFORMACJE O PROBLEMIE I OCZEKIWANEJ POMOCY, WSPARCIA W RAMACH PROJEKTU					
Rodzaj problemu i oczekiwanego wsparcia poradnictwa/doradztwa*:	☐ Poradnictwo pedagogiczno - informacyjne (sprzęt rehabilitacyjny) ☐ Poradnictwo społeczno- prawne i podatkowe ☐ Poradnictwo mediacyjne ☐ Poradnictwo psychologiczne ☐ Poradnictwo terapeutyczne				
Rodzaj niepełnosprawności osoby, której dotyczy problematyka					
Krótki opis problemu lub pytania do konsultanta					

(O ZAKWALIFIKOWANIU DO PROJEKTU UCZESTNIK ZOSTANIE POWIADOMIONY PRZEZ ORGANIZATORA PO DOSTARCZENIU WSZYSTKICH DOKUMENTÓW NA PODANY ADRES LUB EMAIL)

Data*

Czytelny podpis (imię i nazwisko)*

ARTBALE Stowarzyszenie
Ul. Piłsudskiego 3 lok. 13
05-120 Legionowo
Tel. 608 403 473
www.artbale.pl
e-mail: balet@balet.com.pl

UCZESTNIK PROJEKTU
/ OSOBA NIEPEŁNOSPRAWNA LUB OPIEKUN PRAWNY LUB
UPOWAŻNIONA OSOBA BEZPOŚREDNIO DZIAŁAJĄCA Z
NIEPEŁNOSPRAWNYM/B

TEMIDA PRZYJAZNA NIEPEŁNOSPRAWNYM
Projekt współfinansowany ze środków PFRON