WNIOSEK O PRZYJĘCIE
NA WARSZTATY TERAPII ZAJĘCIOWEJ

(dla uczestnika/opiekuna prawnego)

Miejscowość: .....

Data: .....

Do:

Kierownika Warsztatu Terapii Zajęciowej

przy Fundacji Pro Sudovia, ul. Kawaleryjska 20, 16-400 Suwałki.

I. DANE UCZESTNIKA

1. **Imię i nazwisko:**

   .....
2. **Data i miejsce urodzenia:**

   .....
3. **Adres zamieszkania:**

   .....
4. **Telefon kontaktowy:**

   .....
5. **Adres e-mail (jeśli posiada):**

   .....
6. **PESEL:**

   .....
7. **Stan cywilny:**

   .....
8. **Osoba upoważniona do kontaktu (np. opiekun prawny / rodzic):**

   .....

   Telefon: .....

II. DANE DOTYCZĄCE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

1. **Stopień niepełnosprawności:**

   ☐ Znaczny ☐ Umiarkowany ☐ Lekki

2. **Rodzaj niepełnosprawności (zaznacz odpowiednie):**

   ☐ Niepełnosprawność intelektualna

   ☐ Ruchowa

   ☐ Sprzężona

   ☐ Inna (jaka?): .....

3. **Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności:**

   - Numer: .....
   - Data wydania: .....
   - Ważne do: .....
   - Wydane przez: .....

III. DANE MEDYCZNE (wg zaświadczenia lekarskiego)

1. **Rozpoznanie medyczne:**

   .....

2. **Przeciwwskazania zdrowotne:**

   .....

3. **Zalecenia lekarskie / dieta / ograniczenia:**

   .....

IV. MOTYWACJA I CELE UCZESTNICTWA

1. **Dlaczego chce Pan/Pani uczestniczyć w Warsztacie?**

   .....

   .....

   .....

2. **Jakich umiejętności chciał(a)by Pan/Pani się nauczyć lub rozwijać?**

   .....

   .....

   .....

V. OŚWIADCZENIA

Ja, niżej podpisany(a), oświadczam, że:

1. Dane zawarte w niniejszym wniosku są zgodne z prawdą,
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Fundację Pro Sudovia w Suwałkach, zgodnie z przepisami RODO,
3. Zobowiązuję się do przestrzegania regulaminu Warsztatu Terapii Zajęciowej.

Podpis uczestnika: .....

Podpis opiekuna prawnego (jeśli dotyczy): .....

Załączniki:

- Zaświadczenie lekarskie,
- Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,
- Zgoda RODO (jeśli osobny formularz).