**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA**

Zajęcia w ramach realizacji zadań publicznych w zakresiedziałalności na rzecz osób niepełnosprawnych.

Zajęcia rehabilitacyjno–terapeutyczne dla dzieci i młodzieży z autyzmem

**pt. „Dajemy szansę dzieciom z autyzmem”**

KARTĘ WYPEŁNIAJĄ RODZICE LUB PRAWNI OPIEKUNOWIE DZIECKA

Karta powinna być wypełniona drukowanymi literami.

Proszę o przyjęcie dziecka ............................................................. ur. dn. ....................... w …………...…………

*( imię i nazwisko dziecka ) (nazwa miejscowości)*

na zajęcia prowadzone w ramach zadania publicznego.

Numer PESEL dziecka .........................................

Numer aktualnego orzeczenia o niepełnosprawności dziecka……………………….…………wydanej przez………………………………………………………………………………………………………

**I. Dane o rodzinie dziecka**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **MATKA** | **OJCIEC** |
| Imię i nazwisko |  |  |
| Adres zamieszkania |  |  |
| Telefon kontaktowy |  |  |

**II. Wnioskuję następujące terapie:**

- grupowe………………………………………………………………………………………

- indywidualne ……………………………………………………………...............................

**III. Oświadczenie**

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dziecka, zawartych w niniejszym zgłoszeniu, w związku z prowadzeniem zajęć w ramach zadania publicznego realizowanego przez Fundację Autyzm Polska w Niepublicznym Terapeutycznym Punkcie Przedszkolnym „U Tygryska” w Białymstoku (zgodnie z Ustawą z dn. 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych Dz. U. nr 133, poz. 883).*

.............................................................

( podpis rodzica lub prawnego opiekuna)

Białystok dnia ……………………………..