

Świadoma zgoda na udział w projekcie pt.: „**Dbamy o zdrowie dzieci z subregionu szczecineckiego - profilaktyka wad postawy**” realizowanego na podstawie umowy z województwem zachodniopomorskim nr RPZP.07.07.00-32 K018/21

Ja niżej ja podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) informacje dotyczące projektu oraz otrzymałam(em) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział:

.....
Imię i nazwisko dziecka, oraz data urodzenia - drukowanymi literami

w projekcie pt.: „Dbamy o zdrowie dzieci z subregionu szczecineckiego - profilaktyka wad postawy” i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział mojego dziecka w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. jestem rodzicem/opiekunem ww. dziecka i mogę w jego imieniu dokonywać czynności prawnych,
2. ww. dziecko nie korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz nie bierze udziału i nie brało wcześniej udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS.

Przez podpisanie zgody na udział w ww. programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem. Dane te zostaną użyte tylko i wyłącznie na potrzeby badań kwalifikacyjnych i rekrutacji do Projektu.

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna - drukowanymi literami

.....
Nr telefonu rodzica/opiekuna

.....
Mail rodzica/opiekuna

.....
Data i podpis rodzica/opiekuna

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Dbamy o zdrowie dzieci z subregionu szczecineckiego – profilaktyka wad postawy”

Prosimy o wypełnienie formularza zgłoszeniowego czytelnie, drukowanymi literami lub pismem maszynowym

Projekt pt. „Dbamy o zdrowie dzieci z subregionu szczecineckiego – profilaktyka wad postawy” zakłada poprawę stanu zdrowia 683 dzieci w kierunku wad postawy w woj. zachodniopomorskim, w powiecie: szczecineckim, wałeckim, drawskim, świdwińskim i łobeskim do 30 czerwca 2023 r. W ramach projektu zapewnimy realizację modułu dot. wad postawy dla 683 osób, zajęcia prowadzone będą w formie mieszanej: indywidualnie w wymiarze 10 sesji po 30 minut, oraz w podgrupach max. 10 osobowych po 60 minut oraz szkolenia dla 683 osób (rodziców/ opiekunów /personelu) Oferowane wsparcie obejmować będzie zgodnie z RPZ (Regionalny Program Zdrowotny): 1) działania informacyjno-promocyjne, 2) kwalifikacje uczestników, 3) działania informacyjno-edukacyjne grup objętych wsparciem w ramach modułu w tym: a) badanie ankietowe sprawdzające poziom wiedzy z zakresu, którego dotyczy interwencja w danym module, b) edukację zdrowotną, 4) interwencję terapeutyczną w tym: a) zajęcia ruchowe, b) badania lekarskie początkowe oraz końcowe, c) indywidualne sesje kinezyterapii, 5) monitoring i ewaluacja działań w ramach projektu. Zakładana jest w projekcie realizacja zadań również w godzinach popołudniowo-wieczornych (po godz. 16.00 oraz w sobotę).

Dane osoby zgłaszającej się do projektu

Tytuł Projektu: „Dbamy o zdrowie dzieci z subregionu szczecineckiego – profilaktyka wad postawy”	
Nr Projektu: RPZP.07.07.00-32 K018/21	
Regionalny Program Operacyjny Województwa Zachodniopomorskiego 2014 – 2020	
Działanie, w ramach którego jest realizowany Projekt: RPZP.07.07.00 Wdrożenie programów wczesnego wykrywania wad rozwojowych i rehabilitacji dzieci z niepełnosprawnościami oraz zagrożonych niepełnosprawnością.	
Dane Uczestnika (Uczeń)	
1	Imię
2	Nazwisko
3	Płeć

4	Wiek w chwili przystępowania do projektu	
5	PESEL	
6	Klasa	
7	Ulica	
8	Nr domu	
9	Nr lokalu	
10	Miejscowość	
11	Kod pocztowy	
12	Powiat	
13	Województwo	
Dane kontaktowe Rodzica		
14	Imię	
15	Nazwisko	
16	Telefon kontaktowy	
17	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
Dane dodatkowe dotyczące ucznia		
18	Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Zachodniopomorskiego na lata 2014-2020	
	<ul style="list-style-type: none"> ○ Uczestnik jest uczniem klasy V szkoły podstawowej ○ Uczęszcza do placówki oświatowej znajdującej się na terenie woj. Zachodniopomorskiego ○ Dostarczenie wypełnionego druku świadomej zgody na badanie ○ Uczestnik nie pobiera zbieżnych świadczeń z NFZ oraz nie bierze i nie brał wcześniej udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS 	

19	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
20	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie
21	Posiadanie statusu osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/> Tak	<input type="checkbox"/> Nie

.....

Miejscowość i Data

Czytelny Podpis Rodzica