



DEKLARACJA UCZESTNICTWA

W związku z rekrutacją dzieci z mózgowym porażeniem dziecięcym do projektu pn. *Upowszechnienie technologicznie wspomaganą diagnostyki funkcjonalnej i rehabilitacji dzieci i młodych dorosłych z mózgowym porażeniem dziecięcym w województwie wielkopolski*, 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,

miescowość,

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:

_____ **choruje na mózgowie porażenie dziecięce.**

(imię i nazwisko dziecka)

(czytelny podpis i data osoby wypełniającej ankietę)

