**ZGŁOSZENIE NA ZAJĘCIA TERAPEUTYCZNE**

w ramach realizacji zadania publicznego

w zakresie organizowania i prowadzenia szkoleń, kursów, warsztatów, grup środowiskowego wsparcia oraz zespołów aktywności społecznej dla osób niepełnosprawnych - aktywizujących zawodowo i społecznie te osoby

**„Klub młodzieżowy ASPI”**

Imię i nazwisko ………….…………..…………………………..………..……….,

ur. ……………… zam. ………………………....……………………………………….....……

tel. ………..…………….., PESEL ………...........……………..

nr orzeczenia o niepełnosprawności ……………………………

Zgłaszam chęć udziału w zajęciach Klubu Młodzieżowego dla osób z Zespołem Aspergera

Jednocześnie oświadczam, iż nie będę korzystał/a z tych samych zajęć organizowanych

w ramach tego zadania przez inne placówki.

Białystok, dnia …………….…… ..…...………………………………

(c*zytelny podpis)*

 Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu w związku z przystąpieniem do projektu
„Klub Młodzieżowy ASPI” w ramach realizacji zadania publicznego w zakresie organizowania i prowadzenia szkoleń, kursów, warsztatów, grup środowiskowego wsparcia oraz zespołów aktywności społecznej dla osób niepełnosprawnych - aktywizujących zawodowo i społecznie te osoby przez Fundację „Syriusz” zgodnie z ustawą z dnia 29.06.1997 o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2002 Nr 101, poz. 926 ze zm.).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających mój wizerunek zarejestrowany podczas realizacji projektu „Klub Młodzieżowy ASPI”. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych filmów i zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium przez Fundację „Syriusz”.

Białystok, dnia ……………..…… ..…...………………………………

(c*zytelny podpis)*