**Karta zgłoszenia-Deklaracja uczestnictwa w projekcie pn.**

**„Samodzielność – nasza droga do sukcesu”**

Ja niżej podpisana(y), opiekun prawny małoletniego zwracam się z prośbą o zakwalifikowanie mojej córki/mojego syna do udziału w projekcie **„Samodzielność – nasza droga do sukcesu”**, realizowanego przez Stowarzyszenie Dobroczynne Res Sacra Miser z siedzibą w Bukownie ul. Kolejowa 30

(Imiona) i nazwisko dziecka................................................................................................................

Nazwa placówki do której uczęszcza dziecko z podaniem etapu edukacyjnego:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Imiona i nazwisko rodziców /opiekunów prawnych/ ................................................................

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

Adres zamieszkania........................................................................................................................................

Telefon kontaktowy........................................................ e-mail: ……………………………………………………………..

Do zgłoszenia dołączam orzeczenie o niepełnosprawności lub orzeczenie o stopniu niepełnosprawności mojego dziecka/podopiecznego.

………………………………………………. …………………………………………………

 (miejscowość, data) (podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

**Oświadczenie**

**Oświadczam, iż zostałem/am poinformowany/a o comiesięcznej opłacie
w wysokości 40 zł (płatnej przez 11 miesięcy) oraz deklaruję się ją uiszczać na podane konto bankowe.**

………………………………………………. …………………………………………………

 (miejscowość, data) (podpis rodzica/ opiekuna prawnego)

**Oświadczenie beneficjenta projektu o nie uczestniczeniu w innych projektach dofinansowanych przez PFRON**

Świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą lub zatajenie prawdy oświadczam, że nie uczestniczę w innych projektach dofinansowanych przez Państwowy Fundusz Rehabilitacji osób Niepełnosprawnych

…………………………………………………….. ………………………………………………………..

(miejscowość, data) (czytelny podpis beneficjenta projektu)