

Załącznik Nr 1
do Regulaminu rekrutacji uczestników
do Klubu Seniora w Czudcu

Wypełnia kadra Klubu

Nr

Data wpływu

Deklaracja uczestnictwa w Klubie Seniora w Czudcu

Imię i nazwisko:		
Adres zamieszkania:		Adres do korespondencji (o ile jest inny niż zamieszkania):
Pesel:		Data urodzenia:
Telefon:		e-mail:
Informacja o aktywności zawodowej:	<input type="checkbox"/> Aktywna/y zawodowo	<input type="checkbox"/> Nieaktywna/y zawodowo
Przeciwwskazania zdrowotne do uczestnictwa w Klubie Seniora w Czudcu	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Trudności w poruszaniu się:	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Deklaruję chęć udziału w zajęciach usprawniających ruchowo:		
<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
Deklaruję chęć udziału w zajęciach z rehabilitantem		
<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE
Deklaruję chęć udziału w zajęciach rozwijających zainteresowania i pasje oraz warsztatach edukacyjnych i animacyjnych:		
<input type="checkbox"/> TAK		<input type="checkbox"/> NIE

Ja, niżej podpisana/y deklaruję uczestnictwo w Klubie Seniora w Czudcu, w tym chęć udziału w zajęciach Klubu oraz aktywnego udziału w działaniach i inicjatywach organizowanych w ramach Klubu.

W sytuacji udziału w zajęciach usprawniających ruchowo zobowiązuję się przedłożyć zaświadczenie lekarskie lub oświadczenie o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w tych zajęciach.

Czudec, dn.

.....
(czytelny podpis osoby składającej deklarację)

Pouczenie:

Kryteria kwalifikujące do udziału w Klubie Seniora w Czudcu:

- 1) zamieszkują obszar Gminy Czudec (teren ROF),
- 2) są w wieku 60 lat i więcej,
- 3) potrzebują wsparcia w codziennym funkcjonowaniu,
- 4) są zagrożone ubóstwem lub wykluczeniem społecznym oraz korzystające lub kwalifikujące się do objęcia wsparciem pomocy społecznej,
- 5) osoby, które ze względu na stan zdrowia lub niepełnosprawność wymagają opieki lub wsparcia w związku z niemożnością samodzielnego wykonywania co najmniej jednej z podstawowych czynności dnia codziennego,
- 6) są nieaktywne zawodowo,
- 7) nie mają przeciwwskazań zdrowotnych do uczestniczenia w Klubie i wyrażają chęć udziału w zajęciach Klubu.

KWALIFIKACJA

Pan / Pani

został/a zakwalifikowana na uczestnika Klubu Seniora w Czudcu poczynając od dnia

.....

został/a niezakwalifikowana na uczestnika Klubu Seniora w Czudcu z powodu

.....

.....

.....

(data i podpis Kierownika Klubu)

Pan / Pani

zakończył uczestnictwo w Klubie Seniora w Czudcu poczynając od dnia

..... z powodu

.....

.....

(data i podpis Kierownika Klubu)