



**ZGŁOSZENIE DO UDZIAŁU W REGIONALNYM PROGRAMIE ZDROWOTNYM W ZAKRESIE
CHOROÓB KRĘGOSŁUPA WŚRÓD DZIECI Z WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO**

Ja niżej ja podpisana(y) zgłaszam do programu pn.: „Rehabilitacja dzieci z chorobą kręgosłupa z klas I-VI na terenie miasta Radom”

.....
Imię i nazwisko dziecka, drukowanymi literami

PESEL

Ucznia klasy..... Szkoły Podstawowej nr

Zamieszkałego.....

1. Czy ww. dziecko korzysta w momencie aplikowania do programu ze zbieżnych świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz czy bierze lub brało wcześniej udziału w innym analogicznym projekcie finansowanym z EFS np. u innego beneficjenta realizującego program pn.: „Regionalny program zdrowotny w zakresie chorób kręgosłupa i otyłości wśród dzieci z województwa mazowieckiego” ? TAK / NIE

2. Czy dziecko ma stwierdzoną wadę postawy? TAK / NIE

3. Czy dziecko ma stwierdzoną niepełnosprawność? TAK / NIE

Jeśli TAK jakie są Pani/Pana potrzeby wynikające z niepełnosprawności dziecka?

.....
.....

.....
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna (ręką rodzica/opiekuna dziecka, drukowanymi literami) data i podpis nr tel.

Tel:	Płock 24 262 87 48	o/Warszawa 22 560 00 40	o/Radom 48 330 93 22
Fax:	24 262 88 42	22 560 00 41	48 330 93 23
e-mail:	plock@mwomp.pl	warszawa@mwomp.pl	radom@mwomp.pl

NIP: 774-15-46-233

REGON 000301569

KRS 0000139991