 ****

**24-25 X 2014r.**

**I MIĘDZYNARODOWE FORUM OPIEKUNÓW I TERAPEUTÓW**

 **OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**Realizowane przy wsparciu finansowym PFRON**

**KARTA ZGŁOSZENIA**

* Nazwisko: …………………………...……………………………………………….............................
* Imię/imiona: ………………………………………………………………………………………………
* Data i miejsce urodzenia: ………………………………………………………………………………
* Adres zamieszkania: ……………………………………………………………………………………
* Telefon: …………………………………………………………………………………………………...
* E‑mail:………….………………………………………………………………..…………………......…
* Miejsce pracy (dotyczy terapeutów/nauczycieli):………………………………..………..…….……

*(nazwa szkoły / placówki)*

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

*(adres szkoły / placówki)*

* Kierunek ukończonych studiów: ………………………………………………………………………
* Stanowisko (nauczany przedmiot): ……………………………………………………………………
* Dlaczego jesteś zainteresowana/y udziałem w Forum………………………………………………

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

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

* Czy jesteś rodzicem lub opiekunem dziecka niepełnosprawnego lub zagrożonego niepełnosprawnością ?

TAK NIE

 podkreśl

* Do jakiej placówki uczęszcza dziecko?

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

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

* Które z przedstawionych w programie tematów interesują Panią/Pana najbardziej i dlaczego?

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

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

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

* Jaką tematykę szkoleń, wykładów, konferencji należałoby zorganizować w przyszłości i

dlaczego? ……………………………………………………………………………………………...…

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

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

**Zapraszamy i prosimy o potwierdzenie udziału do dn. 17 X 2014r. na adres:** forum2014@sosw.hajnowka.pl

*Wyrażam zgodę, na przetwarzanie moich danych osobowych w celach statystycznych i szkoleniowych przez SOSW w Hajnówce zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami). Przyjmuję do wiadomości, że przysługuje mi prawo do tych danych, możliwość ich poprawiania oraz, że podanie danych ma charakter dobrowolny. SOSW w Hajnówce zobowiązuje się do nie udostępniania ww. danych osobowych firmom, instytucjom czy osobom trzecim.*

………………………………

 *Data i podpis*