

.....  
imię i nazwisko  
.....  
ulica, numer domu, mieszkania  
.....  
kod pocztowy, miejscowość  
.....  
telefon



Ośrodek Zacisze w Spale

## Ankieta

Zgłoszenie na turnus rehabilitacyjny w dniach od 28 czerwca do 12 lipca 2013 roku  
w Ośrodku Wypoczynkowo - Szkoleniowym „Zacisze” w Spale:

1. Dziecko chore .....  
imię i nazwisko ..... wiek ..... rodzaj diety .....  
Pesel dziecka .....
2. Opiekun .....  
imię i nazwisko ..... wiek ..... stopień pokrewieństwa .....
3. Osoba dodatkowa .....  
imię i nazwisko ..... wiek ..... stopień pokrewieństwa .....
4. Inne .....  
imię i nazwisko ..... wiek ..... stopień pokrewieństwa .....

Czy dziecko porusza się na wózku?  tak  nie

Czy dziecko wchodzi po schodach?  tak  nie

Czy dziecko zgłasza potrzeby fizjologiczne?  tak  nie

Proszę pokrótce opisać stan zdrowia dziecka .....

Proszę napisać jakie są Państwa oczekiwania co do turnusu rehabilitacyjnego .....

Prosimy o jak najszybsze przesłanie ankiety zgłoszeniowej na turnus wraz z zaliczką w kwocie 100,00 zł od każdej osoby uczestniczącej w turnusie, najpóźniej do 30.03.2013 r.

Proszę wraz ze zgłoszeniem przesłać ksero orzeczenia o stopniu niepełnosprawności.

**Oświadczam, że** : przyjmuję do wiadomości, że uczestnictwo na turnusie rehabilitacyjnym trwa pełne 14 dni.

przynależę do innych organizacji i fundacji o podobnym profilu działania tak  nie .

Posiadam subkonto w innych organizacjach tak  nie .

Regularnie opłacam składki członkowskie tak  nie .

Wspieram działania na rzecz podopiecznych Stowarzyszenia MPS i Choroby Rzadkie na podstawie rozdziału III statutu Stowarzyszenia, Prawa i obowiązki członków Stowarzyszenia § 10, § 20  
tak  nie

**Oświadczam, że średni miesięczny dochód na jednego członka rodziny wynosi:** .....zł

Ja, niżej podpisany, niniejszym oświadczam, że informacje zawarte w ankiecie są zgodne z prawdą. Jestem świadomy odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 271 kodeksu karnego, dotyczącej poświadczania nieprawdy co do okoliczności mającej znaczenie prawne.

.....  
data

.....  
podpis osoby wypełniającej

Oświadczenie niezbędne jest w celu uzyskania dofinansowania turnusu rehabilitacyjnego dla chorego i opiekuna ze środków Stowarzyszenia MPS i Choroby Rzadkie.

\* Prosimy o czytelne wypełnienie ankiety (drukowanymi literami)