

Nr formularza (wypełnia MOPS)

Deklaracja uczestnictwa w Klubie Senior+ w Halinowie

Dane osobowe		
Imię i nazwisko		
Adres zamieszkania i adres korespondencyjny (o ile jest inny niż zamieszkania)		
PESEL		
Data urodzenia		
Posiadanie orzeczenia o niepełnosprawności	TAK <input type="checkbox"/> <i>zaznacz właściwe</i>	NIE <input type="checkbox"/> <i>zaznacz właściwe</i>
Telefon kontaktowy		
Informacja o aktywności zawodowej	Aktywny/a zawodowo <input type="checkbox"/> <i>zaznacz właściwe</i>	Nieaktywny/a zawodowo <input type="checkbox"/> <i>zaznacz właściwe</i>
Osoba z niepełnosprawnością	TAK <input type="checkbox"/> <i>zaznacz właściwe</i>	NIE <input type="checkbox"/> <i>zaznacz właściwe</i>
Osoba z trudnościami w poruszaniu	TAK <input type="checkbox"/> <i>zaznacz właściwe</i>	NIE <input type="checkbox"/> <i>zaznacz właściwe</i>
W ramach Klubu Senior+ chcę brać udział w:		
Zajęciach edukacyjnych, kulturalnych	TAK <input type="checkbox"/> <i>zaznacz właściwe</i>	NIE <input type="checkbox"/> <i>zaznacz właściwe</i>
Zajęciach sportowo-rekreacyjnych	TAK <input type="checkbox"/> <i>zaznacz właściwe</i>	NIE <input type="checkbox"/> <i>zaznacz właściwe</i>
Innych (jakich?)		
Deklaruję udział w Klubie Senior+	1x w tygodniu	
	2x w tygodniu	
	3x w tygodniu	
	Codziennie	
Czy bierze Pan/Pani udział w działaniach na rzecz seniorów organizowanych w Halinowie? Jeśli tak, to proszę wypisać w jakich.		

 (data i czytelny podpis)

Ja, niżej podpisana/y (imię i nazwisko).....
deklaruję uczestnictwo w Klubie Senior+ w Halinowie działającego w strukturze Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Halinowie. Deklaruję chęć udziału w spotkaniach organizowanych w ramach Klubu oraz aktywnego udziału w działaniach i inicjatywach podejmowanych przez Klub Senior +. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikujące mnie do udziału w Klubie Senior+ w Halinowie, t.j.:

- ukończyłam/em 60lat i jestem nieaktywna/y zawodowo*,
- jestem mieszkanką/mieszkańcem gminy Halinów*

**właściwe zakreślić*

....., dnia
(miejscowość)

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

W sytuacji udziału w zajęciach ruchowych i sportowo –rekreacyjnych zobowiązuję się przedłożyć zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do uczestnictwa w tych zajęciach.

....., dnia
(miejscowość)

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

Pan / Pani
jest uczestnikiem / uczestniczką Klubu Senior+ w Halinowie od dnia

Halinów, dnia

.....
(podpis Kierownika MOPS)