**CZĘŚĆ 1. DEKLARACJA UCZESTNICTWA W WYJEŹDZIE „Land szaleństwa z Landklinika.pl i Weelchairtrip”**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  | PESEL: |  | |
| Data urodzenia: |  | M-ce urodzenia: |  | |
| Adres zamieszkania: |  | | | |
| Telefon: |  | E-mail: |  | |
| W razie konieczności powiadomić: |  | | | |
| Zgłoszenie wraz z asystentem: | * **TAK** * **NIE** | Jeśli TAK podać imię i nazwisko asystenta: | |  |

**UWAGA!** Aby wziąć udział w wyjeździe **asystent musi wypełnić CZĘŚĆ 2. Deklaracji znajdującą się na końcu.** W pierwszej kolejności akceptowani będą asystenci osób potrzebujących wsparcia we wszystkich czynnościach dnia.

**INFORMACJE O WYJEŹDZIE**

**Organizator**: Fundacja Podróże Bez Granic, ul. Warszawska 43/1, 81-309 Gdynia/ GIFT Centrum Podróży, ul. Wąwozowa 18, 02-798 Warszawa

**Termin**:  24.11.2017 (piątek) - 26.11.2017 (niedziela)

**Zbiórka uczestników:** 18:00 przed dworcami PKP w Sieradzu

**Uczestnicy:** Łącznie 16 osób w tym: 10 uczestników z niepełnosprawnościami + 4 asystentów + ekipa Fundacji Podróże bez Granic.

**Wyżywienie:** 2 śniadania i 2 obiado-kolacje w miejscu zakwaterowania

**Zakwaterowanie**: 2 noclegi w pokojach kilkuosobowych, na parterze, z łazienkami i pościelą, standard turystyczny. Dojazd do pokoi możliwy wózkami inwalidzkimi. Szerokość drzwi w pokojach pozwala na wjazd wózkami inwalidzkimi. **Łazienki są wyposażone w brodziki i nie są dostosowane do potrzeb osób z niepełnosprawnościami.**

**CENA WYJAZDU: 80,00 zł** - dotyczy osób z niepełnosprawnością. Asystenci nie ponoszą żadnych kosztów uczestnictwa w wyjeździe.

Warunkiem uczestnictwa jest **przesłanie prawidłowo wypełnionej deklaracji do** **dnia 4 listopada 2017** na adres: ania@podrozebezgranic.pl lub pocztą na adres Fundacji (liczy się data wpływu).

Z otrzymanych zgłoszeń Zespół Fundacji wyłoni najbardziej zmotywowaną i zróżnicowaną grupę pod kątem wieku, doświadczenia, stopnia i rodzaju niepełnosprawności. O wyniku rekrutacji osoby zgłaszające się zostaną poinformowane drogą mailową lub telefonicznie **do dnia 06 listopada 2017**.

**Po potwierdzeniu uczestnictwa drogą mailową lub telefoniczną, należy uiścić opłatę za wyjazd w terminie do 11 listopada 2017.** W przypadku braku wpłaty w określonym terminie na wyjazd zakwalifikowania zostanie osoba z listy rezerwowej.

**Dane do przelewu:**

Fundacja Podróże bez Granic, ul. Warszawska 43/1, 81-309 Gdynia

mBank: 96 1140 2017 0000 4702 1297 1748

Tytułu przelewu: Imię i nazwisko\_ „Land szaleństwa”

W przypadku rezygnacji z wyjazdu**, opłata może zostać zwrócona wyłącznie gdy na wolne miejsce zostanie zakwalifikowany inny uczestnik i uiści pełną opłatę.** W przypadku braku chętnych w odpowiedzi na ogłoszenie fundacji, nową osobę może wskazać uczestnik rezygnujący, zastępująca go osoba musi jednak spełniać wszystkie wymagania wynikające z warunków wyjazdu.

1. Organizator nie ponosi odpowiedzialności za pieniądze i rzeczy wartościowe uczestników,
2. Uczestnik wycieczki korzysta i czynnie uczestniczy we wszystkich zajęciach organizowanych przez organizatora i stosuje się do regulaminu placówki noclegowej,
3. Uczestnik ponosi materialną odpowiedzialność za szkody powstałe z winy uczestnika,

**INFORMACJE DODATKOWE:**

Informacje w tej części formularze będą stanowić podstawę do zakwalifikowania uczestników na wyjazd. Naszym celem jest aby grupa była jak najbardziej zmotywowana i gotowa na aktywne uczestnictwo we wszystkich jego aspektach. Chcemy także aby grupa była w jak największym stopniu zróżnicowana pod kątem stopnia i rodzaju niepełnosprawności, płci i wieku.

**MOTYWACJA DO WYJAZDU** – opisz dlaczego chcesz z nami pojechać:

|  |
| --- |
|  |

**OPIS NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I STOPIEŃ SAMODZIELNOŚCI -** informacje niezbędne do logistycznego zaplanowania wyjazdu i wsparcia opiekunów w uwzględnieniem indywidualnych potrzeb – bardzo prosimy o szczegółowy opis niepełnosprawności i stopnia samodzielności w zakresie samoobsługi, codziennych czynności życiowych, sposób poruszania się. Opis sposobu poruszania się, sprawności kończyn górnych i dolnych. Stopień radzenia sobie z jedzeniem, codzienną toaletą:

|  |
| --- |
|  |

**CZY W TRUDNYM WYBOISTYM TERENIE BĘDZIESZ W STANIE SAMODZIELNIE TRZYMAĆ SIĘ UCHWYTÓW W SAMOCHODZIE I UTRZYMAĆ STABILNĄ, SIEDZĄCĄ POZYCJĘ PIONOWĄ?**

1. TAK – stabilne siedzenie nie stanowi dla mnie żadnego problemu
2. NIE – potrzebuję spionizowania dodatkowymi pasami

**JAKIEGO WSPARCIA POTRZEBUJESZ** ze strony swojego asystenta lub/i organizatorów, aby móc w pełni i najbardziej komfortowo uczestniczyć w wyjeździe?

|  |
| --- |
|  |

**CZY OPRÓCZ SCHORZENIA BĘDĄCEGO BEZPOŚREDNIĄ PRZYCZYNĄ TWOJEJ NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI** masz jakieś schorzenia towarzyszące lub specjalne potrzeby? (jeśli tak proszę podać jakie?)

|  |
| --- |
|  |

**GDZIE LUB SKĄD DOWIEDZIAŁAŚ(EŚ) SIĘ O NINIEJSZYM PROJEKCIE FUNDACJI PODRÓŻE BEZ GRANIC?**

|  |
| --- |
|  |

**CZY WCZEŚNIEJ UCZESTNICZYŁAŚ/UCZESTNICZYŁEŚ W JAKICHŚ IMPREZACH LUB WYJAZDACH O CHARAKTERZE REKREACYJNYM I SPORTOWYM?** – jeśli tak to w jakich i jak często? Czy były one organizowane przez jakąś Fundację/ organizację?

|  |
| --- |
|  |

**Z JAKIEJ MIEJSCOWOŚCI BĘDZIESZ DOJEŻDZAĆ?** ……………………………..

**JAKIM ŚRODKIEM TRANSPORTU?** ………………………………..

**JEŚLI BĘDZIESZ JECHAĆ SAMOCHODEM CZY MOŻESZ ZABRAĆ INNYCH UCZESTNJKÓW? TAK / NIE**

**ILU OSÓB?** …………………

**Deklaruję moje uczestnictwo w wyjeździe „Land szaleństwa z Landklinika.pl i Weelchairtrip” zobowiązuję się do uiszczenia opłaty za wyjazd w wysokości 80 zł do dnia 11 listopada 2017.**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem i warunkami wyjazdu. Jednocześnie oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na udział w tej wycieczce.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji przez Fundację Podróże bez Granic dla potrzeb niezbędnych do realizacji wyjazdu, a także promocje kolejnych wydarzeń organizowanych przez Fundację, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie mojego wizerunku przez Fundację Podróże bez Granic, w tym na obrót egzemplarzami, na których utrwalono ten wizerunek, oraz na zwielokrotnianie wizerunku wszelkimi dostępnymi aktualnie technikami i metodami, rozpowszechnianie oraz publikowanie, także wraz z wizerunkami innych osób utrwalonymi w ramach realizacji projektu. Jednocześnie oświadczam, że wykorzystanie mojego wizerunku zgodnie z niniejszym oświadczeniem nie narusza niczyich dóbr osobistych ani innych praw.

Miejscowość i data Podpis uczestnika

**CZĘŚĆ 2. DEKLARACJA ASYSTENTA W WYJEŹDZIE „”**

**realizowanego ramach projektu „Mój żywioł: aktywność!”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko:** |  | PESEL: |  |
| Data urodzenia: |  | M-ce urodzenia: |  |
| Adres zamieszkania: |  | | |
| Telefon: |  | E-mail: |  |
| W razie konieczności powiadomić: |  | | |

**CZY MASZ DOŚWIADCZENIE W PRACY Z OSOBAMI Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIĄ?** **TAK / NIE**

**OPISZ SWOJE DOŚWIADCZENIE** (W TYM WOLONTARIAT, POMOC W RODZINIE, ITP.) **LUB MOTYWACJĘ DO TEGO ZADANIA, JEŚLI BĘDZIE TO TWOJE PIERWSZE DOŚWIADCZENIE:**

|  |
| --- |
|  |

**W JAKI SPOSÓB DOWIEDZIAŁAŚ(EŚ) SIĘ O NINIEJSZYM PROJEKCIE FUNDACJI PODRÓŻE BEZ GRANIC?**

|  |
| --- |
|  |

**Deklaruję moje uczestnictwo w wyprawie „Land szaleństwa z Landklinika.pl i Weelchairtrip” oraz w razie potrzeby udzielania wsparcia wszystkim uczestnikom w stopniu niezbędnym do realizacji wyjazdu.**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z regulaminem i warunkami wyjazdu. Jednocześnie oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na udział w tej wycieczce.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w niniejszej deklaracji przez Fundację Podróże bez Granic dla potrzeb niezbędnych do realizacji wyjazdu, a także promocje kolejnych wydarzeń organizowanych przez Fundację, zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).

Wyrażam zgodę na wykorzystywanie mojego wizerunku przez Fundację Podróże bez Granic, w tym na obrót egzemplarzami, na których utrwalono ten wizerunek, oraz na zwielokrotnianie wizerunku wszelkimi dostępnymi aktualnie technikami i metodami, rozpowszechnianie oraz publikowanie, także wraz z wizerunkami innych osób utrwalonymi w ramach realizacji projektu. Jednocześnie oświadczam, że wykorzystanie mojego wizerunku zgodnie z niniejszym oświadczeniem nie narusza niczyich dóbr osobistych ani innych praw.

Miejscowość i data Podpis asystenta