**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W WYJEŹDZIE**

**Wyjazd historyczno Off-roadowy 7 – 10.09.2023**

| **Imię i nazwisko:** |  | PESEL: |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| Data i miejsce urodzenia: |  | Adres zamieszkania: |  |
| Telefon: |  | E-mail: |  |
| W razie konieczności powiadomić:  |  |
| Zgłoszenie wraz z asystentem? | * TAK
* NIE
 | Imię i nazwisko asystenta: |  |
| Mam już pomarańczową koszulkę Fundacji? | **TAK** | **NIE** |

**UWAGA!** Aby wziąć udział w wyjeździe **asystent musi wypełnić II część Deklaracji.** 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

**Termin:** 7 września (czwartek) – 10 września (poniedziałek) 2023

**Zbiórka uczestników:** 19:00 – zbiórka uczestników: dworzec PKP Szczecinek Przejazd samochodami z dworca PKP do miejsca zakwaterowania.

**Uczestnicy:** 20 osób, w tym ok. 13-14 osób z niepełnosprawnością, ok. 3-4 asystentów oraz przedstawiciele Fundacji Podróże bez Granic, a także ok. 10 osobowa załoga kierowców samochodów.

**CENA WYJAZDU: 350,00 zł** - opłata dotyczy tylko osób z niepełnosprawnością. Asystenci osób z niepełnosprawnością nie ponoszą żadnych kosztów.

Warunkiem uczestnictwa jest **przesłanie prawidłowo wypełnionej deklaracji do** **20 sierpnia 2023** na adres: ania@podrozebezgranic.pl lub pocztą na adres Fundacji (liczy się data wpływu). **Zgłoszenia bez odpowiedzi na każde pytanie nie będą rozpatrywane.**

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 **do 23 sierpnia 2023 (w godzinach wieczornych) Informacja o wynikach rekrutacji przekazywana będzie drogą mailową lub telefoniczną. Następnie do 1 września 2023 należy uiścić opłatę za wyjazd.**

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 Wyjazd Off-roadowy 7 – 10.09.2023

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. W przypadku rezygnacji w terminie uniemożliwiającym znalezienie zastępstwa na wolne miejsce, opłata nie będzie zwracana.

* Organizator nie ponosi odpowiedzialności za pieniądze i rzeczy wartościowe uczestników,
* Uczestnik wycieczki korzysta i czynnie uczestniczy we wszystkich zajęciach organizowanych przez organizatora i stosuje się do regulaminu placówki noclegowej,
* 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.

**NAPISZ KILKA SŁÓW O SOBIE I WYJAŚNIJ DLACZEGO CHCESZ POJECHAĆ WŁAŚNIE NA TEN WYJAZD?**

|  |
| --- |

**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, ubieraniem, codzienną toaletą:

| . |
| --- |

**PORUSZASZ SIĘ:**

a) Na wózku inwalidzkim,

b) O kulach,

c) Z laską,

d) Z chodzikiem,

e) Na nogach bez sprzętu wspomagającego,

f) Inaczej, opisz w jaki sposób? ………………………………………………………………………………………………

**MOJA NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ JEST WYNIKIEM:**

1. Uszkodzenia rdzenia kręgowego, na jakiej wysokości?……………………………………………………………
2. Problemów neurologicznych,
3. Innego schorzenia/ urazu, jakiego?

**KILKUGODZINNA JAZDA SAMOCHODEM**

1. Będzie dla mnie sporym wyzwaniem,
2. Nie stanowi dla mnie żadnego problemu.

**PRZY POKONYWANIU OFF ROADOWYCH TRAS**

1. Jestem w stanie siedzieć stabilnie przypinając się zwykłym pasem samochodowym,
2. Potrzebuję pasów wielopunktowych.

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

|  |
| --- |

**CZY BRAŁEŚ/AŚ JUŻ UDZIAŁ WE WCZEŚNIEJSZYCH WYJAZDACH FUNDACJI PODRÓŻE BEZ GRANIC? JEŚLI TAK, WYMIEŃ WSZYSTKIE W KTÓRYCH UCZESTNICZYŁEŚ/AŚ:**

|  |
| --- |

**JAK CHCESZ DOJECHAĆ NA WYJAZD?**

* DOJADĘ SAMODZIELNIE TRANSPORTEM PUBLICZNYM DO SZCZECINKA
* DOJADĘ SAMODZIELNIE WŁASNYM SAMOCHODEM DO MIEJSCA ZAKWATEROWANIA

**JEŚLI BĘDZIESZ JECHAĆ SAMOCHODEM, CZY MOŻESZ ZABRAĆ INNYCH UCZESTNIKÓW?**

* TAK / NIE
* ILE OSÓB? …………………
* SKĄD BĘDZIESZ JECHAĆ?.................

**Deklaruję moje uczestnictwo w rajdzie rowerowym i w przypadku zakwalifikowania się na wyjazd zobowiązuję się do uiszczenia opłaty w wysokości 400 zł do 16 czerwca 2023.**

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 promocji 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 wyjazdu. 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**

**Wyjazd historyczno Off-roadowy 7 – 10.09.2023**

| **Imię i nazwisko:** |  | PESEL: |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Data i miejsce urodzenia: |  | Adres zamieszkania: |  |
| Telefon: |  | E-mail: |  |
| W razie konieczności powiadomić:  |  |
| Jadę jako asystent - Imię i nazwisko osoby z niepełnosprawnością: |
| Mam już pomarańczową koszulkę Fundacji? | TAK | NIE |

**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 WYJEŹDZIE FUNDACJI PODRÓŻE BEZ GRANIC?**

|  |
| --- |

**Deklaruję moje uczestnictwo w wyprawie Wyjazd historyczno Off-roadowy 7 – 10.09.2023 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