



## FUNDACJA „SYRIUSZ”

ul. Antoniukowska 11 lok.1.3, 15-740 Białystok, tel. 505 177 208  
nr konta: 74 2030 0045 1110 0000 0394 7740 KRS 0000446001

### ZGŁOSZENIE

Imię i nazwisko: .....

Miejsce zamieszkania: .....

..... tel.: .....

Nr orzeczenia o niepełnosprawności dziecka: .....

**Zgłaszam chęć uczestnictwa w programie szkoleniowo-warsztatowym  
dla rodziców i opiekunów dzieci z diagnozą autyzmu  
lub Zespołu Aspergera  
w ramach projektu „Wsparcie dziecka z ASD”**

- Jednocześnie oświadczam, iż nie będę korzystał/a z tych samych zajęć organizowanych w ramach tego zadania przez inne placówki.
- Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszym zgłoszeniu w związku z przystąpieniem do projektu „Wsparcie dziecka z ASD” przez Fundację „SYRIUSZ” zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2002 Nr 101, poz. 926 ze zm.).
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczanie zdjęć i filmów zawierających mój wizerunek zarejestrowany podczas realizacji projektu „Wsparcie dziecka z ASD”. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych filmów i zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium przez Fundację „SYRIUSZ”.

Białystok, dnia .....

.....  
(czytelny podpis)