

Wypełnia kadra Klubu
Nr .....
Data wpływu .....

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W KLUBIE SENIORA PRZY GMINNYM  
OŚRODKU POMOCY SPOŁECZNEJ W KALISKACH**

Imię i nazwisko:		
Adres zamieszkania:	Adres do korespondencji (o ile jest inny niż zamieszkania):	
Pesel:	Data urodzenia:	
Telefon:	e-mail:	
Dane dotyczące przedstawiciela ustawowego	Imię i nazwisko	
	Data i miejsce urodzenia	
	Adres stałego zameldowania	
	Nr PESEL	
	Nr dowodu	
Nr telefonu		
Informacja o aktywności zawodowej:	<input type="checkbox"/> Aktywna/y zawodowo	<input type="checkbox"/> Nieaktywna/y zawodowo
Osoba samotnie gospodarująca	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Czy osoba posiada świadczenie emerytalne/rentowe	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba w rodzinie	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Osoba doświadczająca wykluczenia społecznego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
Przeciwskazania	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

zdrowotne do uczestnictwa w Klubie Seniora przy Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Kaliskach		
Deklaruję chęć udziału w zajęciach ruchowych i sportowo – rekreacyjnych:		
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Deklaruję chęć udziału w zajęciach edukacyjnych, kulturalnych, społecznych:		
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	
Deklaruję chęć udziału w innych zajęciach (jakich?)		
Osoba do kontaktu	Imię i nazwisko	
	Adres	
	Pokrewieństwo	
	Nr telefonu	

Ja, niżej podpisana/y deklaruję uczestnictwo w Klubie Seniora przy Gminnym Ośrodku Pomocy Społecznej w Kaliskach. Deklaruję chęć udziału w zajęciach Klubu oraz aktywnego udziału w działaniach i inicjatywach organizowanych w ramach Klubu.

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

Kaliska, dn. ....

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

