

Stowarzyszenie Budujemy Przyszań w Radomiu
u. Wońska 125 C, 26-600 Radom

ZASADY REKRUTACJI **UDZIAŁU W KONFERENCJI/WARSZTATACH**

w dniach 10,11.10.2020r. W Radomiu

1. W obowiązujących terminach tj. 8 października 2020 roku należy wysłać wypełnioną kartę zgłoszenia (jedna karta zgłoszenia dla jednej osoby).
2. Należy czytelnie wypełnić wszystkie rubryki karty – obowiązkowo podać e-mail lub/ i telefon kontaktowy.
3. Wymogiem do zakwalifikowania na warsztaty jest wykształcenie kierunkowe lub/ i wykonywany zawód w jednym z wymienionych zakresów: pedagogika (w tym specjalna i pokrewna), logopedia, psychologia, rehabilitacja, medycyna, pomoc społeczna, kadra zarządzająca lub praca/staż pracy z osobami z niepełnosprawnościami.
4. Preferowane osoby zatrudnione w dziennych lub całodobowych placówkach zajmujących się osobami z niepełnosprawnościami.
5. Osoby zakwalifikowane do konferencji/warsztatów zostaną poinformowane telefonicznie lub mailowo.
6. Udział w konferencji/warsztatach jest odpłatny w kwocie:
za pierwszy dzień 120 zł (stacjonarnie) lub 50 zł (online), drugi - 40 zł (za jeden wybrany warsztat)
7. Potwierdzenie uczestnictwa odbywa się poprzez przesłanie pocztą na adres mailowy Organizatora, tj. Stowarzyszenie Budujemy Przyszań w Radomiu konferencja@budujemyprzystan.org skanu podpisanego oświadczenia o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz wizerunkowych wraz z dowodem wpłaty za uczestnictwo w konferencji/warsztatach.

11. Wpłaty należy dokonywać na numer bankowy Organizatora

BNP Paribas Bank Polska S.A.

29 1750 0012 0000 0000 4118 1222

Stowarzyszenie Budujemy Przyszań w Radomiu

ul. Wońska 125 C

26-600 Radom

z dopiskiem: Konferencja – Model Aktywnej Komunikacji - IMIĘ I NAZWISKO uczestnika

12. Liczba miejsc na konferencję/warsztaty jest ograniczona. Zostanie utworzona lista rezerwowa dla osób, które nie zakwalifikowały się na Konferencję/warsztaty. W sytuacji rezygnacji uczestnika z listy podstawowej osoby z listy rezerwowej zostaną poinformowani telefonicznie lub mailowo o możliwości uczestnictwa w wydarzeniu.



Stowarzyszenie Budujemy Przyszań w Radomiu
u. Wońska 125 C, 26-600 Radom

ZASADY REKRUTACJI **UDZIAŁU W KONFERENCJI/WARSZTATACH**

w dniach 10,11.10.2020r. w Radomiu

Uwaga! Prosimy o czytelne wypełnienie wszystkich pól.

Imię i nazwisko												
Adres do korespondencji												
Tel. E-MAIL												
Nazwa i adres reprezentowanej placówki												
Do której grupy zawodowej Pan/Pani należy: <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Lekarz</td> <td><input type="checkbox"/> Psycholog</td> <td><input type="checkbox"/> Rodzic</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Fizjoterapeuta</td> <td><input type="checkbox"/> Terapeuta zajęciowy</td> <td><input type="checkbox"/> Użytkownik</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Pedagog/nauczyciel</td> <td><input type="checkbox"/> Pracownik socjalny</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Logopeda</td> <td><input type="checkbox"/> Kadra zarządzająca</td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Lekarz	<input type="checkbox"/> Psycholog	<input type="checkbox"/> Rodzic	<input type="checkbox"/> Fizjoterapeuta	<input type="checkbox"/> Terapeuta zajęciowy	<input type="checkbox"/> Użytkownik	<input type="checkbox"/> Pedagog/nauczyciel	<input type="checkbox"/> Pracownik socjalny		<input type="checkbox"/> Logopeda	<input type="checkbox"/> Kadra zarządzająca	
<input type="checkbox"/> Lekarz	<input type="checkbox"/> Psycholog	<input type="checkbox"/> Rodzic										
<input type="checkbox"/> Fizjoterapeuta	<input type="checkbox"/> Terapeuta zajęciowy	<input type="checkbox"/> Użytkownik										
<input type="checkbox"/> Pedagog/nauczyciel	<input type="checkbox"/> Pracownik socjalny											
<input type="checkbox"/> Logopeda	<input type="checkbox"/> Kadra zarządzająca											
Na jakim stanowisku Pan/Pani pracuje? _____												
W jakiej placówce Pan/Pani pracuje? <table style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> oddział rehabilitacji</td> <td><input type="checkbox"/> szkole integracyjnej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> w poradni rehabilitacyjnej</td> <td><input type="checkbox"/> szkole specjalnej</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> w przedszkolu integracyjnym</td> <td><input type="checkbox"/> w placówce rehabilitacyjno-terapeutyczno-edukacyjnym</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> w przedszkolu specjalnym</td> <td><input type="checkbox"/> innej, jakiej _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> oddział rehabilitacji	<input type="checkbox"/> szkole integracyjnej	<input type="checkbox"/> w poradni rehabilitacyjnej	<input type="checkbox"/> szkole specjalnej	<input type="checkbox"/> w przedszkolu integracyjnym	<input type="checkbox"/> w placówce rehabilitacyjno-terapeutyczno-edukacyjnym	<input type="checkbox"/> w przedszkolu specjalnym	<input type="checkbox"/> innej, jakiej _____				
<input type="checkbox"/> oddział rehabilitacji	<input type="checkbox"/> szkole integracyjnej											
<input type="checkbox"/> w poradni rehabilitacyjnej	<input type="checkbox"/> szkole specjalnej											
<input type="checkbox"/> w przedszkolu integracyjnym	<input type="checkbox"/> w placówce rehabilitacyjno-terapeutyczno-edukacyjnym											
<input type="checkbox"/> w przedszkolu specjalnym	<input type="checkbox"/> innej, jakiej _____											
Czy pracuje Pan/Pani: <table style="margin-left: 20px; margin-top: 5px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> z dziećmi</td> <td><input type="checkbox"/> młodzieżą</td> <td><input type="checkbox"/> z osobami dorosłymi?</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> z dziećmi	<input type="checkbox"/> młodzieżą	<input type="checkbox"/> z osobami dorosłymi?									
<input type="checkbox"/> z dziećmi	<input type="checkbox"/> młodzieżą	<input type="checkbox"/> z osobami dorosłymi?										
Od jak dawna Pan/Pani pracuje z dziećmi z mózgowym porażeniem dziecięcym? _____												
Zapisz mnie na pierwszy dzień szkolenia stacjonarnie cena 120 zł TAK/NIE												
Zapisz mnie na pierwszy dzień szkolenia online cena 50 zł TAK/NIE												
Zapisz mnie na drugi dzień wybrany warsztat stacjonarnie cena 40 zł TAK/NIE												
Prosimy o wpisanie w którym warsztacie chcę uczestniczyć (imię i nazwisko prowadzącego).												

.....
(data i podpis uczestnika)