Zapraszamy na szkolenie dla **NAUCZYCIELI**

dnia 21 lutego 2020r.

**ZROZUMIEĆ DZIECKO Z WADĄ SŁUCHU**

PZG Dolnośląskie Centrum Medyczne Sp. z o.o. we Wrocławiu wraz z Fundacją FONIS przy wsparciu PFRON zaprasza na warsztaty szkoleniowe dla nauczycieli mających zawodowy kontakt z dziećmi z wadami słuchu lub z zaburzeniami przetwarzania słuchowego.

Dnia 21 lutego 2020r. od godz. 14:00 (Rejestracja uczestników od godz. 13:30)

Ilośc godzin dydaktycznych – 6h.

Wskazany wygodny, niekrępujący strój.

Miejsce warsztatów: ul. Głogowska 11 (boczna od ulicy Abrahama), Gdańsk (budynek Specjalistycznego Ośrodka Diagnozy i Rehabilitacji Dzieci i Mlodzieży z Wadą Słuchu Polskiego Związku Głuchych).

Uczestnicy warsztatów otrzymają materiały szkoleniowe oraz certyfikaty uczestnictwa.

Koszt szkolenia 40,00 zł

W cenie szkolenia: materiały szkoleniowe i serwis kawowy. Uczestnikom szkolenia spoza Gdańska organizatorzy zapewniają zwrot kosztów dojazdu komunikacją publiczną na podstawie biletów lub samochodem prywatnym z uwzględnieniem przepisów o zwrocie kosztów używania samochodów osobowych niebędących własnością pracodawcy.

Aby zapisać się na szkolenie należy wypełnić formularz zgłoszeniowy i przesłać go pocztą elektroniczną na adres: [mira.krynicka-wozniak@fonis.pl](mailto:mira.krynicka-wozniak@fonis.pl) .

Prosimy o wypełnienie oświadczenia, znajdującego się pod informacją o szkoleniu, wydrukowanie go i po potwierdzeniu u kierownika placówki zabranie go ze soba na szkolenie.

Ilość miejsc na szkoleniu jest ograniczona, decyduje kolejność zgłoszeń oraz wpłat na konto Fundacji.

**Fundacja FONIS**

ul. Katedralna 4

50-328 Wrocław

**BNP PARIBAS BANK POLSKA S.A. 42 1750 0012 0000 0000 4110 3485**

**Zapraszamy!**

Projekt jest współfinansowany ze środków   
Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych.



**.................................................... ..................................................**

nazwa jednostki (pieczęć) miejscowość, data

……………………………………………………

Imię i nazwisko uczestnika szkolenia

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że w placówce znajduje się pod opieką przynajmniej jedno dziecko z wadą słuchu lub z zaburzeniami przetwarzania słuchowego.

........................................................

kierownik jednostki



