Форма регистрации Участника

Чемпионата «Абилимпикс» в субъекте Российской Федерации и

Национального чемпионата «Абилимпикс»-2017 г.

**Заявка участника чемпионата «Абилимпикс»**

**Калининградской области – 2017 г.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Обязательно для заполнения** | **Содержание** |
|  | Фамилия Имя Отчество |  |
|  | Дата рождения |  |
|  | Место проживания |  |
|  | Телефоны |  |
|  | Электронный адрес |  |
|  | Компетенция |  |
|  | Вид нозологии |  |
|  | Группа инвалидности |  |
|  | Особые условия для организации рабочего места и выполнения Конкурсного задания |  |
|  | Необходимость предоставления сурдопереводчика, тифлосурдопереводчика, сопровождающего |  |
|  | Место работы |  |
|  | Место учебы |  |
|  | Год окончания учебного заведения |  |
|  | Статус: (школьник, студент СПО,ВО/слушатель ДПО, специалист |  |
|  | Специальность с указанием шифра (при наличии) |  |
|  | Планирует продолжить обучение (колледж, ДПО, ВО) |  |
|  | Готов к трудоустройству, направить резюме и разместить на федеральных порталах содействия трудоустройству |  |
|  | Готов к трудоустройству, но не планирует размещать резюме на федеральных порталах содействия трудоустройству |  |
|  | Не готов к трудоустройству (причина) |  |

**Приложение** к Форме списочного состава участников:

- копии справок об инвалидности или заключений Центральной психолого-медико-педагогической комиссии на каждого участника;

- список используемых лекарств;

- согласия на обработку персональных данных;

- страховые свидетельства от несчастных случаев на время проведения чемпионатов на каждого Участника (если имеются)