

Załącznik nr 1 do Regulaminu

Formularz rekrutacyjny uczestnictwa w dodatkowych zajęciach dla dzieci z niepełnosprawnościami w ramach projektu

„Rozwój edukacji przedszkolnej w Gminie Wadowice poprzez rozszerzenie oferty dodatkowej ośrodków wychowania przedszkolnego oraz utworzenie nowego oddziału przedszkolnego”

Informacje wypełniane przez osobę przyjmującą wniosek:	
Data przyjęcia wniosku:	
Podpis osoby przyjmującej wniosek	

CZĘŚĆ I – WYPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN PRAWNY UCZESTNIKA

Dane uczestnika projektu:

Nazwa przedszkola: **PRZEDSZKOLE PUBLICZNE NR 3 W WADOWICACH**

PESEL											
Imiona					Nazwisko						
Data urodzenia					Miejsce urodzenia						

ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA

Województwo		Powiat	
Gmina		Miejscowość	
Kod pocztowy		Poczta	
Ulica		Nr domu/mieszkania	

DANE OSOBOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ

Imię		Nazwisko	
Wykształcenie			

ADRES ZAMELDOWANIA MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ

--

Województwo		Powiat	
Gmina		Miejscowość	
Kod pocztowy		Poczta	
Ulica		Nr domu/mieszkania	
DANE KONTAKTOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ			
Telefon		e-mail	
DANE OSOBOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO			
Imię		Nazwisko	
Wykształcenie			
ADRES ZAMELDOWANIA OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO			
Województwo		Powiat	
Gmina		Miejscowość	
Kod pocztowy		Poczta	
Ulica		Nr domu/mieszkania	
DANE KONTAKTOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO			
Telefon		e-mail	

Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu (proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź):

1. Dziecko pochodzi z mniejszości etnicznej
 - TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI
2. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
 - TAK NIE
3. Osoba z niepełnosprawnościami
 - TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego / Orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych wydawane ze względu na niepełnosprawność intelektualną w stopniu głębokim	Numer orzeczenia

4. Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej

- TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

5. Osoba z niepełnosprawnościami

- TAK NIE ODMOWA ODPOWIEDZI

Deklaruję udział dziecka w zajęciach:

- Zajęcia z terapii ręki
- Zajęcia z treningu umiejętności społecznych

CZĘŚĆ II – OŚWIADCZENIA

- Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w projekcie „Rozwój edukacji przedszkolnej w Gminie Wadowice poprzez rozszerzenie oferty dodatkowej ośrodków wychowania przedszkolnego oraz utworzenie nowego oddziału przedszkolnego” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 10. Wiedza i Kompetencje, Działanie 10.1 Rozwój Kształcenia Ogólnego, Poddziałanie 10.1.2. Wychowanie przedszkolne.
- Oświadczam, że wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku oraz wizerunku mojego dziecka na potrzeby realizacji i promocji projektu.
- Oświadczam, iż podane dane są zgodne z prawdą oraz że są mi znane wszelkie konsekwencje prawne i odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

.....

miejsowość i data

.....

podpis rodzica/opiekuna prawnego uczestnika

Załączniki:

1. Oświadczenie uczestnika projektu – załącznik nr 2 do Regulaminu
2.
3.

CZĘŚĆ III – WYPEŁNIA NAUCZYCIEL**Opinia nauczyciela:**

Proponowana liczba godzin zajęć:

Zajęcia z terapii ręki	
Zajęcia z treningu umiejętności społecznych	