

**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 szkoły: **SZKOŁA PODSTAWOWA NR 5 IM. MIKOŁAJA KOPERNIKA 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			
<b>ADRES ZAMELDOWANIA MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ</b>			
Województwo		Powiat	
Gmina		Miejscowość	
Kod pocztowy		Poczta	
Ulica		Nr domu/mieszkania	
<b>DANE KONTAKTOWE MATKI/OPIEKUNKI PRAWNEJ</b>			
Telefon		e-mail	
<b>DANE OSOBOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO</b>			
Imię		Nazwisko	
Wykształcenie			
<b>ADRES ZAMELDOWANIA OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO</b>			
Województwo		Powiat	
Gmina		Miejscowość	
Kod pocztowy		Poczta	
Ulica		Nr domu/mieszkania	
<b>DANE KONTAKTOWE OJCA/OPIEKUNA PRAWNEGO</b>			
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

	Numer orzeczenia
--	------------------

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

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,
- Zajęcia muzyczno-ruchowe,
- Arteterapia,
- Grupowy trening słuchowy metodą Tomatisa.

**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	
Zajęcia muzyczno-ruchowe	
Arteterapia	
Grupowy trening słuchowy metodą Tomatisa	