

**Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa**

**w projekcie pn.: „Rozwój edukacji przedszkolnej w Gminie Dobczyce”**

Data wpływu/godzina (Wypełnia osoba przyjmująca dokumenty)	
Podpis osoby przyjmującej wniosek	

WYPEŁNIA OSOBA PRZYJMUJĄCA WNIOSEK

## Kwestionariusz osobowy

**Dzieci ubiegających się o udział w projekcie pn.: „Rozwój edukacji przedszkolnej w Gminie Dobczyce”**

Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego  
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Małopolskiego  
na lata 2014-2020,

Oś priorytetowa 10. Wiedza i kompetencje,  
Działanie 10.1 Rozwój kształcenia ogólnego,  
Podziałanie 10.1.2 Wychowanie przedszkolne – SPR

### OŚRODEK WYCHOWANIA PRZEDSZKOLNEGO PRZY SZKOLE PODSTAWOWEJ IM. BOHATERÓW TAJNEGO NAUCZANIA W DZIEKANOWICACH

**WYPEŁNIA RODZIC/OPIEKUN PRAWNY DZIECKA – TYLKO BIAŁE POLA**

Dane uczestnika	1	Imiona				
	2	Nazwisko				
	3	PESEL	_____			
	4	Data urodzenia				
	5	Płeć	K	<input type="checkbox"/>		
		M	<input type="checkbox"/>			
Adres zamieszkania dziecka	6	Województwo		7	Powiat	
	8	Gmina		9	Miejscowość	
	10	Ulica		11	Nr budynku	
	12	Nr lokalu		13	Kod pocztowy	

Dane osobowe i kontaktowe matki/opiekunki prawnej	14	Imię		15	Nazwisko	
	16	Województwo		17	Powiat	
	18	Gmina		19	Miejscowość	
	20	Ulica		21	Nr budynku	
	22	Nr lokalu		23	Telefon kontaktowy	_____
	24	Adres e-mail				
Dane osobowe i kontaktowe ojca/opiekuna prawnego	25	Imię		26	Nazwisko	
	27	Województwo		28	Powiat	
	29	Gmina		30	Miejscowość	
	31	Ulica		32	Nr budynku	
	33	Nr lokalu		34	Telefon kontaktowy	_____
	35	Adres e-mail				
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	36	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	Tak	<input type="checkbox"/>	odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>		
	37	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	Tak	<input type="checkbox"/>		
			Nie	<input type="checkbox"/>		
	38	Osoba z niepełnosprawnościami	Tak	<input type="checkbox"/>	odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>		
	39	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)	Tak	<input type="checkbox"/>	odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>		
Kryteria premiujące do udziału w projekcie	40	Orzeczenie o niepełnosprawności	Tak	<input type="checkbox"/>	odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>		
	41	Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego**	Tak	<input type="checkbox"/>	odmowa podania informacji	<input type="checkbox"/>
			Nie	<input type="checkbox"/>		
<b>SUMA</b> punktów za kryteria premiujące						

Szczegóły i rodzaj wsparcia	Data rozpoczęcia udziału w projekcie				
	Data zakończenia udziału w projekcie*				
	Proszę wskazać wybrane zajęcia dla swojego dziecka		1. <b>ROBOTYKA Z KODOWANIEM</b> <input type="checkbox"/> 2. <b>SZACHY</b> <input type="checkbox"/> 3. <b>JĘZYK ANGIELSKI</b> <input type="checkbox"/>		
	Proszę wskazać wybrane zajęcia dla swojego dziecka		1. <b>ZAJĘCIA GRUPOWE LOGOPEDYCZNE</b> <input type="checkbox"/> 2. <b>GRUPOWE KOREKCYJNO-KOMPENSACYJNE</b> <input type="checkbox"/> 3. <b>DODATKOWE ZAJĘCIA Z DZIECKIEM POSIADAJĄCYM ORZECZENIE O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO – INDYWIDUALNE REWALIDACYJNE</b> <input type="checkbox"/>		
	Rodzaj przyznanego wsparcia	Data udzielenia wsparcia:	Data zakończenia wsparcia	Rodzaj wsparcia – tytuł szkolenia	

\*jeżeli dana osoba zrezygnowała z uczestnictwa ale otrzymała jakąkolwiek formę wsparcia w projekcie – to także ujmuje się tą osobę z zaznaczeniem, że zakończyła projekt niezgodnie z zaplanowaną ścieżką uczestnictwa

\*\*lub: orzeczenie o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych, dokumentacja własna OWP, opinia psychologa, opinia logopedy

✓ \_\_\_\_\_

Miejscowość, data

✓ \_\_\_\_\_

Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

## DEKLARACJE I OŚWIADCZENIA RODZICÓW OPIEKUNÓW PRAWNYCH

1) Wyrażam zgodę na wykorzystanie w tym upublicznienie imienia, nazwiska i wizerunku mojego dziecka przez Beneficjenta i Realizatora Projektu pn.: „Rozwój edukacji przedszkolnej w Gminie Dobczyce” na potrzeby realizacji i promocji projektu.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
2) Wyrażam zgodę na wykorzystanie w tym upublicznienie mojego imienia, nazwiska i wizerunku przez Beneficjenta i Realizatora Projektu pn.: „Rozwój edukacji przedszkolnej w Gminie Dobczyce” na potrzeby realizacji i promocji projektu.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
3) Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn.: „Rozwój edukacji przedszkolnej w Gminie Dobczyce”, oraz dobrowolnie wyrażam wolę uczestnictwa w nim.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
4) Oświadczam, iż podane dane są zgodne z prawdą oraz, że są mi znane wszelkie konsekwencje prawne i odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
5) Oświadczam, że nie istnieją żadne przeciwwskazania zdrowotne u mojego dziecka do uczestnictwa w projekcie.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
6) Oświadczam, iż moje dziecko nie jest uczestnikiem innego projektu realizowanego w tym samym czasie w ramach RPO WM, w którym przewidziane formy wsparcia uczestnika są tego samego rodzaju lub zmierzają do tego samego celu/korzyści.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
7) Oświadczam, iż moje dziecko spełnia warunki kryteriów premiujących oraz przedstawiam stosowne załączniki.	Tak <input type="checkbox"/>	Nie <input type="checkbox"/>
8) DEKLARUJĘ UDZIAŁ DZIECKA W ZAJĘCIACH:		
1. ROBOTYKA Z KODOWANIEM		<input type="checkbox"/>
2. SZACHY		<input type="checkbox"/>
3. JĘZYK ANGIELSKI		<input type="checkbox"/>
4. ZAJĘCIA GRUPOWE LOGOPEDYCZNE		<input type="checkbox"/>
5. GRUPOWE KOREKCYJNO-KOMPENSACYJNE		<input type="checkbox"/>
6. DODATKOWE ZAJĘCIA Z DZIECKIEM POSIADAJĄCYM ORZECZENIE O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO – INDYWIDUALNE REWALIDACYJNE		<input type="checkbox"/>

✓ \_\_\_\_\_  
Miejscowość, data

✓ \_\_\_\_\_  
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego