



Załącznik nr 6.

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE DLA UCZNIĄ**

**„GMINA MIEROSZÓW RÓWNA W KOMPETENCJACH - działania rozwijające ucznia szkoły podstawowej”**

Regionalny Program Operacyjny Województwa Dolnośląskiego 2014 – 2020, Oś Priorytetowa 10 Edukacja, Działanie 10.2 Zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości edukacji podstawowej, gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej, Poddziałanie 10.2.1 Zapewnienie równego dostępu do wysokiej jakości edukacji podstawowej, gimnazjalnej i ponadgimnazjalnej

	Lp.	Nazwa			
<b>Dane uczestnika</b>	1	Imię (imiona)	Nazwisko		
	2	Data urodzenia	Wiek w chwili przystąpienia do projektu (w latach)		
	3	Płeć (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna			
	4	PESEL			
	5	Wykształcenie (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> gimnazjalne <input type="checkbox"/> inne: .....			
	6	<b>Zespół Szkolno-Przedszkolny im. Janusza Korczaka w Sokołowsku</b> Klasa .....			
<b>Dane kontaktowe</b>	7	Ulica	Nr budynku / Nr lokalu		
	8	Miejscowość	Kod pocztowy		
	9	Gmina	Powiat		
	10	Województwo	Kraj		
	11	Obszar (zaznacz na jakim obszarze leży miejscowość wymieniona w punkcie 8) <input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski			
	12	Telefon stacjonarny *	Telefon komórkowy *	e-mail **	
		<input type="checkbox"/> Nie posiadam	<input type="checkbox"/> Nie posiadam		
*Aby brać udział w projekcie należy wypełnić co najmniej jedną rubrykę poprzez podanie danych kontaktowych					

„GMINA MIEROSZÓW RÓWNA W KOMPETENCJACH - działania rozwijające ucznia szkoły podstawowej”  
Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014 - 2020



		** obowiązkowe		
Status osoby w chwili przystąpienia do projektu	13	Jestem osobą bierną zawodowo, w tym uczącą się	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
		Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
		Jestem osobą przebywającą w gospodarstwie domowym bez osób pracujących <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu <input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	
		Jestem osobą żyjącą w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
		Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
		Jestem osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
		Jestem osobą w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
Wybór formy wsparcia	14	Zadanie nr 1. Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze i zajęcia rozwijające  <input type="checkbox"/> zajęcia rozwijające umiejętności rozumienia  <input type="checkbox"/> język angielski  <input type="checkbox"/> język niemiecki  <input type="checkbox"/> matematyka  <input type="checkbox"/> przyroda/biologia  <input type="checkbox"/> język angielski rozwijający		



Fundusze Europejskie  
Program Regionalny



**DOLNY ŚLĄSK**

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



		<p>Zadanie nr 2. Zajęcia dla uczniów o specjalnych potrzebach rozwojowych i edukacyjnych</p> <p><input type="checkbox"/> zajęcia korekcyjno-kompensacyjne</p> <p><input type="checkbox"/> zajęcia logopedyczne</p> <p><input type="checkbox"/> zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalne</p> <p><input type="checkbox"/> inne zajęcia o charakterze terapeutycznym</p> <p>Zadanie nr 4</p> <p><input type="checkbox"/> wycieczki</p>
	15	Oświadczam, że wyżej wybrane przeze mnie formy wsparcia odpowiadają na moje indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz są zgodne z moimi możliwościami psychofizycznymi.
	16	Oświadczam, że nie korzystałem i nie korzystam z tej samej formy wsparcia w ramach Poddziałania 10.2.1 RPO WD 2014-2020

.....  
Miejscowość, data

.....  
Czytelny podpis uczestnika lub opiekuna prawnego, w przypadku gdy uczestnikiem projektu jest osoba niepełnoletnia