

**DOKUMENTY UCZESTNIKA PROJEKTU –DZIECKO**

objętego wsparciem i finansowanego w ramach projektu pt. „*Tworzenie nowych miejsc przedszkolnych w placówkach oświatowych Gminy Liszki wraz z edukacją włączającą i realizacją zadań dodatkowych*”

Formularz danych:

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU	(właściwe zaznaczyć / wypełnić pismem drukowanym)
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
Imię	
Nazwisko	
PESEL	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2)
OWP do którego dziecko uczęszcza	
DANE KONTAKTOWE (dotyczy adresu zamieszkania)	(proszę wypełnić pismem drukowanym)
Województwo	
Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
STATUS OSOBY NA RYNKU PRACY W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	(właściwe zaznaczyć) <input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> Osoba ucząca się/odbywająca kształcenie
STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU	(właściwe zaznaczyć)
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)* *Wskaźnik obejmuje osoby należące do mniejszości narodowych (białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska), etnicznych (karaïmska, lemowska, romska, tatarska).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
Proszę o uwzględnienie mojej kandydatury na wskazane zajęcia specjalistyczne w ramach zad. 2 (§ 6 regulaminu uczestnictwa w projekcie)	Jeśli tak zaznacz „X”
Zajęcia dodatkowe z terapii sensorycznej w OWP Mników	<input type="checkbox"/>
Zajęcia dodatkowe z gimnastyki korekcyjnej (Zajęcia w celu przeciwdziałaniu wad rozwojowych postawy) w OWP Mników	<input type="checkbox"/>
Zajęcia dodatkowe logopedyczne w OWP Mników	<input type="checkbox"/>
Zajęcia dodatkowe (logopedyczne) - grupa 5-latki w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>
Zajęcia dodatkowe (logopedyczne) - grupa 6-latki w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>

Zajęcia dodatkowe (integracja sensoryczna) grupa 5-latki w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>
Zajęcia dodatkowe (integracja sensoryczna) grupa 6-latki w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>
Zajęcia dodatkowe (emocjonalno-społeczne) - grupa 5-latki w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>
Zajęcia dodatkowe (emocjonalno-społeczne) - grupa 6-latki w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>
Proszę o uwzględnienie mojej kandydatury na wskazane zajęcia z zakresu kompetencji kluczowych w ramach zad. 3, (§ 6 regulaminu uczestnictwa w projekcie)	Jeśli tak zaznacz „X”
Zajęcia dodatkowe rozwijające sprawności manualne, logiczne myślenie i kompetencje matematyczne z elementami program. i robotyki) – w OWP Mników	<input type="checkbox"/>
Zajęcia dodatkowe rozwijające kompetencje naukowo- techniczne: Minilabatorium „Mały odkrywca” w OWP Mników	<input type="checkbox"/>
Wyjazd edukacyjny do Europejskiego Centrum Bajki w Pacanowie w OWP Mników	<input type="checkbox"/>
Zajęcia dodatkowe z j. angielskiego w OWP Mników	<input type="checkbox"/>
Zajęcia z program. i robotyki w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>
Zajęcia rozwijające kompetencje matematyczne w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>
Zajęcia z motoryki małej w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>
Zajęcia z języka angielskiego w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>
Warsztaty kulinarne w ramach edukacji prozdrowotnej w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>
Wyjazd edukacyjny do Galerii Drzewiej (2 grupy przedszkolne 5 - 6 latków do 25 dzieci) w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>
Wyjazd edukacyjny do Gospodarstwa Rolnego w Rozkochowie (3 gr. Prz. 70 dzieci) w OWP Kaszów	<input type="checkbox"/>
PYTANIE O SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA PROJEKTU (dotyczy osób z niepełnosprawnościami)	(właściwe zaznaczyć/uzupełnić)
Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności?	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Jakie problemy, bariery wynikające z niepełnosprawności dziecka widzi Pan / Pani w związku z udziałem dziecka w Projekcie?	
Jakie są potrzeby, wynikające z niepełnosprawności, których spełnienie mogłoby ułatwić udział we wsparciu oferowanym w ramach niniejszego Projektu?	

Deklaracja uczestnika projektu – DZIECKA

objętego wsparciem i finansowanego w ramach projektu pt. „Tworzenie nowych miejsc przedszkolnych w placówkach oświatowych Gminy Liszki wraz z edukacją włączającą i realizacją zadań dodatkowych”, zwanym dalej „Projektem”:

Ja, niżej podpisana/y **deklaruję chęć udziału mojego dziecka w działaniach realizowanych przez Gminę Liszki w ramach Projektu oraz oświadczam, że:**

1. zapoznałam/em się z celem Projektu oraz z zasadami rekrutacji i uczestnictwa w projekcie;
2. zostałam/em poinformowany, że Projekt „Tworzenie nowych miejsc przedszkolnych w placówkach oświatowych Gminy Liszki wraz z edukacją włączającą i realizacją zadań dodatkowych” o numerze

