



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



**DOLNY
ŚLĄSK**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 5.

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE DLA UCZNIA

„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		
Dane uczestnika	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	Publiczna Szkoła Podstawowa w Mieroszowie Klasa		
Dane kontaktowe	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



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



**DOLNY
ŚLĄSK**

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



		** 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 dotkniętą 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"/> matematyka <input type="checkbox"/> język angielski		



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 3. Indywidualne zajęcia biofeedback</p> <p><input type="checkbox"/> indywidualne zajęcia biofeedback</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