Załącznik nr 7 Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKA PROJEKTU – RODZIC / OPIEKUN PRAWNY

do Projektu nr FEPM.05.07-IZ.00-0010/23 pn. **„PRZEDSZKOLA MARZEŃ w gminie Debrzno”** realizowanym w ramach Działania 5.7. Edukacja przedszkolna programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027 (FEP 2021-2027) współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+).

WYPEŁNIAMY CZYTELNIE / PISMEM DRUKOWANYM

Data wpływu kompletu dokumentów i podpis[1]: Numer porządkowy formularza[2]

…… ……..

INFORMACJE PODSTAWOWE:

DANE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO DZICKA	**Imię (imiona)**	
	Nazwisko	
	Obywatelstwo	☐ Obywatelstwo polskie ☐ Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE ☐ Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec
	Płeć	☐ KOBIETA
		☐ MĘŻCZYZNA
	PESEL	☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
	Wykształcenie	☐ Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2) [podstawowe i gimnazjalne] ☐ Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4) [w tym zawodowe] ☐ Wyższe (ISCED 5-8)
Dane kontaktowe rodzica	**Ulica**	
	Nr domu	
	Nr lokalu/ mieszkania	

[1] Wypełnia pracownik
[2] J.w.

	Miejscowość				
	Kod pocztowy				
	Obszar	☐ obszar wiejski ☐ obszar miejski			
	Powiat				
	Województwo				
	Telefon stacjonarny				
	Telefon komórkowy				
	Adres e-mail				
	Status UP na rynku pracy	☐ osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji Urzędu Pracy ☐ osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji Urzędu Pracy ☐ osoba pracująca ☐ osoba bierna zawodowo, w tym: ☐ osoba ucząca się ☐ osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu ☐ inne			
	Status UP w chwili przystąpienia do projektu	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)[3]	□ TAK	□ NIE	□ odmowa odpowiedzi
	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań		□ TAK	□ NIE	□ odmowa odpowiedzi
	Osoba z niepełnosprawnością potwierdzoną z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia (do wglądu)		□ TAK	□ NIE	□ odmowa odpowiedzi

KRYTERIA OBLIGATORYJNE (zerojedynkowe):

1.	**Bycie rodzicem / opiekunem prawnym dziecka uczęszczającego do OWP prowadzonego przez Gminę Debrzno i objętego wsparciem w ramach projektu, oraz:**		□ TAK	□ NIE
1a.	Imię i nazwisko dziecka			
1b.	Placówka OWP dziecka			

[3] Wskaźnik obejmuje osoby należące do mniejszości narodowych (białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska) i etnicznych (karaimska, łemkowska, romska, tatarska).

1c.	Wiek dziecka	

ZGŁOSZENIE CHĘDZI UDZIAŁU W NASTĘPUJĄCEJ FORMIE WSPARCIA:

	NAZWA WSPARCIA (*WŁAŚCIWE ZAZNACZYC*)	TAK	NIE
1.	Wsparcie psychologiczne		
2.	Wsparcie logopedyczne		

SPECJALNE POTRZEBY UCZESTNIKA PROJEKTU (*WLAŚCIWE ZAZNACZYĆ*):

	NAZWA POTRZEBY	TAK	NIE
1.	Zapewnienie tłumacza Polskiego Języka Migowego/ Systemu Językowo-Migowego		
2.	Pętla indukcyjna		
3.	Powiększony tekst/kontrast druku		
4.	Wsparcie asystenta: osoby niewidomej/ osoby głuchoniewidomej/ osoby z niepełnosprawnością fizyczną		
5.	inne		
Uzasadnienie w przypadku zaznaczenia TAK			

…….. ……
Miejscowość, dnia Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego