

Załącznik nr 11 do

REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA w projekcie nr FEMP.06.10-IP.01-0218/24

pt. „Wysokiej jakości edukacja włączająca w Mieście Grybów”

Kod rekrutacyjny	
Data i godzina wpływu FZ	
Podpis osoby przyjmującej FZ	

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

I. DANE PROJEKTU

Tytuł projektu	Wysokiej jakości edukacja włączająca w Mieście Grybów
Nr projektu	FEMP.06.10-IP.01-0218/24

II. DANE KANDYDATA/KANDYDATKI

Nazwisko			
Imię			
PESEL			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		
Ulica		Nr domu	
Miejscowość		Nr lokalu	
Poczta		Kod pocztowy	
Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski	Gmina	
Powiat	nowosądecki	Województwo	małopolskie
Telefon			<input type="checkbox"/> Odmowa podania*
Adres e-mail			<input type="checkbox"/> Odmowa podania*

*WYMAGANE JEST PODANIE MINIMUM JEDNEGO SPOSOBU KONTAKTU

III. KRYTERIUM FORMALNE

Rodzic ucznia ze specjalnymi potrzebami	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
---	---

IV. KRYTERIUM PREFERENCYJNE

Kandydat/ka jest członkiem rodziny wielodzietnej – weryfikacja na podstawie zaświadczenia z Ośrodka Pomocy Społecznej lub Dyrektora szkoły	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Kandydat/ka jest osobą posiadającą orzeczenie o niepełnosprawności – weryfikacja na podstawie kopii orzeczenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
W rodzinie uczestnika jedna osoba np. dziecko/współmałżonek posiada orzeczenie o niepełnosprawności – weryfikacja na podstawie kopii orzeczenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

VI. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział w projekcie „Wysokiej jakości edukacja włączająca w Mieście Grybów” realizowanym przez Miasto Grybów.

TAK NIE

Oświadczam, że zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa w spotkaniach. W przypadku nieobecności, zobowiązuję się dostarczyć **pisemne usprawiedliwienie nieobecności**.

TAK NIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pt. „Wysokiej jakości edukacja włączająca w Mieście Grybów”, znam kryteria kwalifikacyjne do projektu i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

TAK NIE

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe oraz, że poinformowano mnie o prawie dostępu do przetwarzanych przez realizatorów projektu moich danych osobowych, wraz z prawem do żądania ich zmian, uzupełnienia lub usunięcia.

TAK NIE

.....
/podpis Kandydata/Kandydatki/

Czy posiada Pan/ Pani jakieś szczególne potrzeby w związku z Pana/Pani chęcią udziału w projekcie? Proszę zaznaczyć i/lub je krótko opisać.

1) Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową?

TAK NIE

(Proszę opisać).....

2) Zapewnienie tłumacza języka migowego?

TAK NIE

3) Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką?

TAK NIE

4) Inne specjalne potrzeby?

TAK NIE

(Proszę opisać).....

.....
/miejsowość i data/

.....
/podpis Kandydata/Kandydatki/

ZAŚWIADCZENIE DYREKTORA SZKOŁY

Zaświadczam, że

/imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki do projektu/

jest rodzicem/prawnym opiekunem ucznia/uczennicy ze specjalnymi potrzebami
zakwalifikowanego/zakwalifikowanej do udziału w projekcie.

.....
/miejsowość i data/

.....
/podpis dyrektora szkoły/