



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

<p>FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE</p> <p>„ŚWI@T BEZ TAJEMNIC”</p>	
BENEFICJENT	Gmina Andrespol ul. Rokicińska 126, 95-020 Andrespol
NUMER I NAZWA OSI PRIORYTETOWEJ	XI Edukacja Kwalifikacje Umiejętności
NUMER I NAZWA DZIAŁANIA	XI.1 Wysoka jakość edukacji
NUMER I NAZWA PODDZIAŁANIA	XI.1.2 Kształcenie ogólne
TYTUŁ PROJEKTU	Świ@t bez tajemnic
CZAS TRWANIA PROJEKTU	01.08.2016 – 30.06.2018

FORMULARZ PROSZĘ WYPEŁNIC DRUKOWANYMI LITERAMI, POŁA WYBORU OZNACZYĆ „X”

Dane uczestnika (ucznia)	<i>Nazwisko</i>	
	<i>Imię (imiona)</i>	
	<i>Płeć</i>	kobieta <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mężczyzna <input type="checkbox"/>
	<i>Data i miejsce urodzenia</i>	
	<i>PESEL</i>	□□□□□□□□□□



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Dane opiekuna prawnego wypełniającego formularz	<i>Nazwisko</i>	
	<i>Imię (imiona)</i>	
	<i>Płeć</i>	<i>kobieta</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>mężczyzna</i> <input type="checkbox"/>
	<i>Data i miejsce urodzenia</i>	
	<i>PESEL</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Adres zamieszkania/ pobytu	<i>Ulica</i>	
	<i>nr domu i lokalu</i>	
	<i>Miejscowość</i>	
	<i>Kod pocztowy/</i>	
	<i>Gmina</i>	
	<i>Powiat</i>	
	<i>Województwo</i>	
	<i>Obszar</i>	<i>Miasto</i> <input type="checkbox"/> <i>Wieś</i> <input type="checkbox"/>
Dane kontaktowe	<i>Telefon stacjonarny</i>	
	<i>Telefon komórkowy</i>	
	<i>Adres e-mail</i>	



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



*Rekomendacja
nauczyciela / pedagoga/
psychologa
z podpisem w/w*

*Data i podpis, tytuł
zawodowy*

Oczekiwany zakres wsparcia (zaznacz "x")

- zajęcia dydaktyczno – wyrównawcze z matematyki
- zajęcia dydaktyczno – wyrównawcze z j. angielskiego
- zajęcia dydaktyczno – wyrównawcze z j. polskiego
- zajęcia dydaktyczno – wyrównawcze z informatyki
- zajęcia dydaktyczno - wyrównawcze z przyrody
- zajęcia specjalistyczne – socjoterapia
- zajęcia specjalistyczne – logopedia
- zajęcia specjalistyczne – terapia pedagogiczna



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Oświadczenie o spełnieniu kryterium rekrutacyjnego dotyczącego nieuczestniczenia przez zgłoszone do projektu „Świ@t bez tajemnic” dziecka w zaznaczonych przeze mnie zajęciach poza szkołą.

.....
Imię i nazwisko rodzica /
opiekuna osoby niepełnoletniej

.....
miejscowość, data

.....
adres

Niniejszym oświadczam, że moje dziecko nie uczestniczyło
Imię i nazwisko kandydata/kandydatki

dotychczas w zaznaczonych przeze mnie zajęciach.

.....
podpis rodzica / opiekuna osoby niepełnoletniej

Oświadczenie o średnim dochodzie netto na członka rodziny

.....
Imię i nazwisko rodzica /
opiekuna osoby niepełnoletniej

.....
miejscowość, data

.....
adres

Niniejszym oświadczam, że w roku **2015** średni miesięczny dochód na członka mojej rodziny wyniósł

.....zł(słownie:złoty:.....
.....).

Oświadczenie składam w celach rekrutacyjnych do projektu „Świ@t bez tajemnic”.

Prawdziwość wyżej przedstawionych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 271 K.K.

Uwaga! Dochód na jednego członka rodziny wyliczyć należy na podstawie zeznań PIT według wzoru: suma dochodów w rodzinie (tj. osoby spokrewnione lub niespokrewnione pozostające w faktycznym związku, wspólnie zamieszkujące i gospodarujące) : liczbę osób w rodzinie : 12 m-cy = średni dochód na osobę.

.....
podpis rodzica / opiekuna osoby niepełnoletniej



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Upředzony/a o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie powyższe informacje są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o Ochronie Danych Osobowych oraz wykorzystania ich przez Gminę Andrespol w celach rekrutacji i realizacji projektu. Został(em)/-am poinformowan(y)/-a o prawie dostępu do treści moich danych i prawie do ich poprawiania.

Zobowiązuję się do:

- przestrzegania postanowień statutu szkoły oraz Regulaminu projektu;
- podawania do wiadomości szkoły jakichkolwiek zmian w podanych wyżej informacjach;
- uczestniczenia w zebraniach rodziców/uczniów.

.....

miejsce i data

.....

Podpis rodzica / opiekuna osoby niepełnoletniej

Część wypełniana przez Realizatora projektu

Data złożenia formularza DD/MM/RRRR ___/___/___ r.

Godzina złożenia formularza HH : MM ___:___

Decyzja Komisji Rekrutacyjnej

KANDYDAT

został * / nie został * zakwalifikowany do udziału w projekcie i będzie objęty zajęciami z zakresu:

Przyznany zakres wsparcia

- zajęcia dydaktyczno – wyrównawcze z matematyki
- zajęcia dydaktyczno – wyrównawcze z j. angielskiego
- zajęcia dydaktyczno – wyrównawcze z j. polskiego
- zajęcia dydaktyczno – wyrównawcze z informatyk



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



-
- zajęcia dydaktyczno - wyrównawcze z przyrody
 - zajęcia specjalistyczne – socjoterapia
 - zajęcia specjalistyczne – zaburzenia percepcyjne
 - zajęcia specjalistyczne – terapia pedagogiczna

2. Nie zakwalifikowano z powodu

.....

Podpisy członków Komisji:

Data rozpoczęcia udziału w projekcie

Data zakończenia udziału w projekcie.....

*niepotrzebne skreślić