…………………………………………………………………………. ……………….…………………………

(imię i nazwisko wnioskodawcy – rodzica/opiekuna prawnego) (miejscowość, data)

………………………………………………....................................

………………………………………………………………………….

(adres do korespondencji w sprawach rekrutacji)

………………………………………………………………………….

(nr telefonu)

**KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU**

**do Oddziału Przedszkolnego przy SP w Starych Kobiałkach**

**na rok szkolny 2022/2023**

**w ramach projektu pn. „STAWIAMY NA PRZEDSZKOLAKÓW” realizowanego   
w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014 – 2020 w zakresie osi priorytetowej 9 – 12 RPO WL 2014 - 2020, numer osi priorytetowej: 12 Edukacja, kwalifikacje i kompetencje, dział: 12.1. Edukacja przedszkolna**

1. **Dane osobowe uczestnika oraz rodziców/opiekunów prawnych:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. | Imię/imiona i nazwisko kandydata | |  | | | |
| 2. | Data i miejsce urodzenia kandydata | |  | | | |
| 3. | PESEL kandydata  w przypadku braku numeru PESEL - serię i numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość | |  | | | |
| 4. | Imię/imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych | | matki/opiekuna prawnego I |  | | |
| ojca/opiekuna prawnego II |  | | |
| 5. | Adres miejsca zamieszkania  rodziców/opiekunów prawnych | matki/opiekuna prawnego I | kod pocztowy | |  | |
| miejscowość | |  | |
| ulica | |  | |
| numer domu /numer mieszkania | |  | |
| ojca/opiekuna prawnego II | kod pocztowy | |  | |
| miejscowość | |  | |
| ulica | |  | |
| numer domu /numer mieszkania | |  | |
| 6. | Adres poczty elektronicznej i numery telefonów rodziców/ opiekunów prawnych  (o ile posiadają) | | matki/opiekuna prawnego I | telefon do kontaktu | |  |
| adres poczty elektronicznej | |  |
| ojca/opiekuna prawnego II | telefon do kontaktu | |  |
| adres poczty elektronicznej | |  |

**II. Deklaracja w zakresie preferowanych forma wsparcia dziecka:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Forma wsparcia** | **Deklaracja uczestnictwa w danej formie wsparcia –proszę wstawić TAK przy preferowanej formie wsparcia** |
| 1 | Zajęcia z logorytmiki (1 grupa) 2 godz./tyg. |  |
| 2 | Zajęcia ruchowe z elementami integracji sensorycznej (1 grupa) 2 godz./tyg. |  |
| 3 | Zajęcia teatralne (1 grupa) 3 godz./tyg. |  |
| 4 | Zajęcia taneczne/rytmika (1 grupa) 3 godz./tyg. |  |
| 5 | Kodowanie na dywanie (1 grupa) (1 grupa) 3 godz./tyg. |  |
| 6 | Zajęcia manualne z elementami terapii ręki (1 grupa) 3 godz./tyg. |  |
| 7 | Zajęcia sportowe (1 grupa) 3 godz./tyg. |  |
| 8 | Eko zajęcia (1 grupa) 2 godz./tyg. |  |
| 9 | Warsztaty eksperymentalne (1 grupa) 2 godz./tyg. |  |
| 10 | Zajęcia językowe (1 grupa) 3 godz./tyg. |  |
| 11 | Glottodydaktyka (1 grupa) 2 godz./tyg. |  |
| 12 | Zajęcia z gimnastyki korekcyjno-kompensacyjnej (1 grupa) 2 godz./tyg. |  |

# III. Dodatkowa informacja o dziecku:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Dokument w zakresie stwierdzonych deficytów** | **Tak** | **Nie** |
| **1.** | Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, wydane ze względu na niepełnosprawność, orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności |  |  |
| **2.** | Diagnoza logopedyczna wydana przez specjalistę |  |  |
| **3.** | Diagnoza w zakresie wad postawy wydana przez specjalistę |  |  |
| **4.** | Opinia z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej |  |  |
| **5.** | Opinia nauczyciela o deficytach kompetencji społeczno-emocjonalnych |  |  |

**Pouczenie:**

1. Jestem świadoma/y iż złożenie wniosku o przyjęcie dziecka nie jest równoznaczne   
   z zakwalifikowaniem mojego dziecka do udziału w projekcie i objęciem go dodatkowymi zajęciami zwiększającymi szanse edukacyjne w edukacji przedszkolnej w Oddziale Przedszkolnym przy SP w Starych Kobiałkach.

**…………………………………………… …………………….………..……………………………………………**

(data) (czytelny podpis wnioskodawcy - rodzica/opiekuna prawnego)

**…………………………………………… …………………………………………………………**

(data przyjęcia zgłoszenia) (podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)