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

 (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 Toczyskach**

**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 kandydataw 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 terapii ręki (1 grupa) 5 godz./tyg. |  |
| 2 | Zajęcia sportowe (1 grupa) 5 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, orzeczenieo 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 Toczyskach.

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

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

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

 (data przyjęcia zgłoszenia) (podpis osoby przyjmującej zgłoszenie)