



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Załącznik nr 1 Formularz zgłoszeniowy do projektu - uczeń

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU – UCZEŃ
pn. „Edukacyjny Maraton Kompetencji - wsparcie uczniów z Gminy Pszczyna”

DANE UCZESTNIKA – DZIECKO	
Imię (imiona)	
Nazwisko	
Szkoła (nazwa)	
Klasa (w chwili przystąpienia do projektu)	
Nr PESEL	
Płeć	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M

DANE KONTAKTOWE I ADRES ZAMIESZKANIA	
kod pocztowy:	
miejsowość	
gmina	
powiat	
województwo	
imię i nazwisko Matki/opiekuna prawnego:	
telefon kontaktowy Matki:	
adres poczty elektronicznej (e-mail) Matki:	
imię i nazwisko Ojca/opiekuna prawnego:	
telefon kontaktowy Ojca:	
adres poczty elektronicznej (e-mail) Ojca:	

Oświadczam, że (proszę zaznaczyć właściwe X):

Zamieszkuje na terenie województwa śląskiego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
--	--

Projekt pn.: „Edukacyjny Maraton Kompetencji - wsparcie uczniów z Gminy Pszczyna”, nr: FESL.06.02-IZ.01-0A5H/24, dofinansowany jest przez Unię Europejską w ramach Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (Europejski Fundusz Społeczny+) dla Priorytetu: FESL.06.00 - Fundusze Europejskie dla edukacji, dla Działania: FESL.06.02 - Kształcenie ogólne



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

Mój syn/moja córka jest osobą z niepełnosprawnościami * do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopię orzeczenia o stopniu niepełnosprawności lub inny dokument potwierdzający niepełnosprawność	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Mój syn/moja córka jest uczniem posiadającym orzeczenie poradni psychologiczno-pedagogicznej o potrzebie kształcenia specjalnego * do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopię orzeczenia poradni	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Mój syn/moja córka jest uczniem posiadającym opinię poradni psychologiczno-pedagogicznej w sprawie dostosowania wymagań edukacyjnych wynikających z programu nauczania do indywidualnych potrzeb ucznia * do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopię opinii poradni	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Mój syn/moja córka jest uczniem posiadającym opinię psychologa szkolnego/pedagoga/wychowawcy o potrzebie skorzystania z wsparcia * do formularza zgłoszeniowego należy dołączyć kserokopię opinii psychologa szkolnego/pedagoga/ wychowawcy o potrzebie skorzystania z wsparcia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Mój syn/moja córka jest osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA
Mój syn/moja córka jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępem do mieszkań	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA
osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA
Opisz specjalne potrzeby/oczekiwania w stosunku do udziału projekcie	

Pszczyna,.....

*data i podpis rodziców/opiekunów
prawnych*



Fundusze Europejskie
dla Śląskiego

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Województwo
Śląskie

ZAŚWIADCZENIE O STATUSIE: UCZNIA INSTYTUCJI OTRZYMUJĄCEJ WSPARCIE

Niniejszym zaświadcza się, że.....

(imię i nazwisko)

– jest uczennicą/ucniem szkoły

.....

.....

pieczęć szkoły

.....

podpis dyrektora szkoły