

WYPEŁNIA OWP	
Pieczęć OWP	
Data wpływu	

Załącznik nr 3 do Regulaminu uczestnictwa

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY DZIECKA NA ZAJĘCIA DODATKOWE

w ramach projektu pt. „Upowszechnienie edukacji przedszkolnej na terenie gminy Chmielno” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020
Działanie 3.1.Edukacja przedszkolna, Oś Priorytetowa 3 Edukacja.

Szanowni Państwo, dziękujemy za zainteresowanie naszym projektem.

Oferowane w ramach projektu wsparcie przyczyni się do wzrostu udziału dzieci w wieku 3-6 lat w edukacji przedszkolnej. Prosimy o wypełnienie kwestionariusza, który pomoże nam w ocenie Państwa kwalifikowalności do projektu.

INSTRUKCJA WYPEŁNIENIA KWESTIONARIUSZA:

- wypełnić czytelnie wszystkie pola;
- pola wyboru zaznaczyć „X”;
- złożyć czytelny podpis.

I	DANE OSOBOWE DZIECKA:	
	Imię (Imiona)	
	Nazwisko	
	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	Wiek	
	PESEL	
	Jest wychowankiem	<input type="checkbox"/> Szkoły Podstawowej w Reskowie – Oddział przedszkolny <input type="checkbox"/> Szkoły Podstawowej w Kożyczkowie – Oddział przedszkolny <input type="checkbox"/> Przedszkole Samorządowe „Baśniowa Kraina” w Chmielnie
	Jest osobą niepełnosprawną – posiada orzeczony stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

	<p>Stopień orzeczonej niepełnosprawności:</p>	<input type="checkbox"/> lekki <input type="checkbox"/> umiarkowany <input type="checkbox"/> znaczny <input type="checkbox"/> nie dotyczy
	<p>Posiadanie orzeczenia PPP?</p>	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
II	ADRES ZAMIESZKANIA:	
	Województwo	
	Miejscowość	
	Poczta	
	Kod pocztowy	
	Ulica	
	Numer domu	
	Numer lokalu	
	Telefon kontaktowy	
Adres e-mail		
III	ADRES DO KORESPONDENCJI*: * WYPEŁNIĆ, GDY ADRES DO KORESPONDENCJI JEST INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA	
	Województwo	
	Miejscowość	
	Poczta	
	Kod pocztowy	
	Ulica	
	Numer domu	
Numer lokalu		
IV	INFORMACJE O OCZEKIWANEJ FORMIE WSPARCIA:	
	<p>1. <i>Zajęcia dodatkowe wyrównujące szanse dzieci w zakresie stwierdzonych deficytów:</i></p> <input type="checkbox"/> Zajęcia logopedyczne, w tym z zakresu rozwoju mowy oraz innych umiejętności komunikacyjnych <input type="checkbox"/> Zajęcia terapeutyczne – arteterapia	

	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zajęcia resocjalizacyjne <input type="checkbox"/> Zajęcia grafomotoryczne 2. Zajęcia poprawiające sprawność ruchową: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zajęcia dla dzieci niepełnosprawnych – zajęcia doskonalenia koordynacji ruchowej, rehabilitacji i stymulacji ogólnorozwojowej <input type="checkbox"/> Zajęcia korekcyjno – kompensacyjne <input type="checkbox"/> Gimnastyka korekcyjna z ewentualnym wsparciem fizjoterapeuty <input type="checkbox"/> Rytmika 3. Zajęcia z zakresu rozwoju kompetencji kluczowych: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Język angielski z wykorzystaniem narzędzi i technologii cyfrowych TIK <input type="checkbox"/> Zajęcia rozwijające kompetencje matematyczno – przyrodnicze z zastosowaniem metod aktywizujących W. Sherborn/ Dobry Start M. Bogdanowicz i/lub pedagogiki M. Montesorri <input type="checkbox"/> Zajęcia rozwijające umiejętność uczenia się (w tym czytania i pisanie) i zapamiętywania (w tym wykorzystania narzędzi i technologii cyfrowych TIK) <input type="checkbox"/> Zajęcia z zakresu kompetencji społeczno – emocjonalnych
TRUDNOŚCI Z JAKIMI BORYKA SIĘ DZIECKO	
V	<p>Jakie trudności przejawia Państwa dziecko*?</p> <p>(*można zaznaczyć więcej niż jedną)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> wada wymowy, <input type="checkbox"/> lateralizacja, <input type="checkbox"/> zaburzenia rozwoju psychoruchowego, <input type="checkbox"/> zaburzenia i odchylenia rozwoju i/lub specyficzne trudności w uczeniu się, <input type="checkbox"/> potrzeba rozwoju kompetencji kluczowych, w tym głównie umiejętności języka obcego, matematyczno-przyrodniczych, kompetencji cyfrowych, społeczno-emocjonalnych, uczenia się, kreatywności. <input type="checkbox"/> inne, jakie?.....

1. Wyrażam zgodę na gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie danych osobowych mojego dziecka w celu monitorowania i ewaluacji projektu; zostałem poinformowany o celu zbierania tych danych oraz wskazani zostali mi administratorzy danych osobowych mojego dziecka, co potwierdziłem/am własnoręcznym podpisem na:
 - a) Oświadczeniu uczestnika projektu w odniesieniu do zbiorów Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 oraz Regionalny Program Operacyjny Województwa Pomorskiego na lata 2014-2020 – dane uczestników indywidualnych.
 - b) Oświadczeniu uczestnika Projektu w odniesieniu do zbioru „Centralny system teleinformatyczny wspierający realizację programów operacyjnych”.



2. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są zgodne z prawdą i, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia – z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego, który brzmi następująco: „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę, lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”
3. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych.
4. Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „**Upowszechnienie edukacji przedszkolnej na terenie Gminy Chmielno**” i zgadzam się z wszystkimi jego postanowieniami oraz zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....
data i czytelny podpis opiekuna

DECYZJA REKRUTACYJNA:

Dziecko
Zostało zakwalifikowane / nie zostało zakwalifikowane* do udziału w projekcie „**Upowszechnienie edukacji przedszkolnej na terenie Gminy Chmielno**” (**niepotrzebne skreślić*)

1. Wypełnia wychowawca:

Wychowawca dokonuje oceny predyspozycji i potrzeb dziecka i określa, czy forma wsparcia jest uzasadniona, czy też nie.

TAK

NIE

Krótkie uzasadnienie wychowawcy dot. potrzeby otrzymania wsparcia przez dziecko:

.....
.....
.....

.....
Czytelny podpis wychowawcy

2. **Wypełnia Koordynator szkolny, Koordynator merytoryczny:**

Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności?

TAK

NIE

Dziecko **spełnia wymogi kwalifikacyjne / nie spełnia wymogów kwalifikacyjnych** (*niepotrzebne skreślić)
warunkujących uczestnictwo w projekcie:

.....
.....
.....

.....
podpis Dyrektora OWP

.....
podpis Koordynatora merytorycznego