

WYPEŁNIA OWP	
Pieczęć OWP	
Data wpływu	

Załącznik nr 2 do Regulaminu uczestnictwa

## KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY DZIECKA NA ZAJĘCIA DODATKOWE

w ramach projektu pt. „**Kreatywny przedszkolak**”  
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.

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 Borzestowie – Oddział przedszkolny <input type="checkbox"/> Przedszkola Samorządowego „Baśniowa Kraina” w Chmielnie	
Jest osobą niepełnosprawną – posiada orzeczony stopień niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Posiadanie orzeczenia PPP?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	

	<p><b>Stopień orzeczonej niepełnosprawności:</b></p>	<input type="checkbox"/> <b>lekki</b> <input type="checkbox"/> <b>umiarkowany</b> <input type="checkbox"/> <b>znaczny</b> <input type="checkbox"/> <b>nie dotyczy</b>
<b>II</b>	<b>ADRES ZAMIESZKANIA:</b>	
	Województwo	
	Miejscowość	
	Poczta	
	Kod pocztowy	
	Ulica	
	Numer domu	
	Numer lokalu	
	Telefon kontaktowy	
Adres e-mail		
<b>III</b>	<b>ADRES DO KORESPONDENCJI*:</b>	
	* WYPEŁNIĆ, GDY ADRES DO KORESPONDENCJI JEST INNY NIŻ ADRES ZAMIESZKANIA	
	Województwo	
	Miejscowość	
	Poczta	
	Kod pocztowy	
	Ulica	
Numer domu		
Numer lokalu		
<b>IV</b>	<b>INFORMACJE O OCZEKIWANEJ FORMIE WSPARCIA:</b>	
	<p>I. Zajęcia dodatkowe wyrównujące szanse dzieci w zakresie stwierdzonych deficytów:</p> <input type="checkbox"/> Zajęcia korekcyjno – kompensacyjne <input type="checkbox"/> Gimnastyka korekcyjna <input type="checkbox"/> Zajęcia umuzykalniające	
	<p>II. Zajęcia z zakresu rozwoju kompetencji kluczowych:</p>	

	<input type="checkbox"/> Język angielski (metoda projektu edukacyjnego) <input type="checkbox"/> Zajęcia matematyczno – przyrodnicze (metoda projektu edukacyjnego) <input type="checkbox"/> Robotyka (metoda projektu edukacyjnego)	
<b>V</b>	<b>TRUDNOŚCI Z JAKIMI BORYKA SIĘ DZIECKO</b>	
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="210 528 694 1034"> <b>Jakie trudności przejawia Państwa dziecko*?</b>             (*można zaznaczyć więcej niż jedną)         </td> <td data-bbox="694 528 1452 1034"> <input type="checkbox"/> lateralizacja  <input type="checkbox"/> zaburzenia rozwoju psychoruchowego  <input type="checkbox"/> zaburzenia i odchylenia rozwoju  <input type="checkbox"/> zaburzenia koordynacji ruchowo – wzrokowej  <input type="checkbox"/> wady postawy  <input type="checkbox"/> potrzeba rozwoju kompetencji kluczowych, w tym głównie umiejętności języka obcego, matematyczno-przyrodniczych, kompetencji cyfrowych (robotyka)  <input type="checkbox"/> inne, jakie?.....         </td> </tr> </table>	<b>Jakie trudności przejawia Państwa dziecko*?</b>  (*można zaznaczyć więcej niż jedną)
<b>Jakie trudności przejawia Państwa dziecko*?</b>  (*można zaznaczyć więcej niż jedną)	<input type="checkbox"/> lateralizacja <input type="checkbox"/> zaburzenia rozwoju psychoruchowego <input type="checkbox"/> zaburzenia i odchylenia rozwoju <input type="checkbox"/> zaburzenia koordynacji ruchowo – wzrokowej <input type="checkbox"/> wady postawy <input type="checkbox"/> potrzeba rozwoju kompetencji kluczowych, w tym głównie umiejętności języka obcego, matematyczno-przyrodniczych, kompetencji cyfrowych (robotyka) <input type="checkbox"/> inne, jakie?.....	

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. administratorem danych osobowych Pani/Pana dziecka jest **Wójt Gminy Chmielno z siedzibą: 83-333 Chmielno, ul. Gryfa Pomorskiego 22;**
2. kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – email : **iod@chmielno.pl** lub korespondencyjnie na adres: **83-333 Chmielno, ul. Gryfa Pomorskiego 22;**
3. dane osobowe Pani/Pana dziecka przetwarzane będą w celu monitorowania i ewaluacji projektu – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz na podstawie Art. 9 ust.1 lit. g ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.;
4. odbiorcami danych osobowych Pani/Pana dziecka będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa;
5. dane osobowe Pani/Pana dziecka przechowywane będą w czasie określonym przepisami prawa, zgodnie z instrukcją kancelaryjną. Dane będą przetwarzane przez okres nie dłuższy, niż jest to niezbędne do celów, w których dane te są przetwarzane. Dane osobowe można przechowywać przez okres dłuższy, o ile będą one przetwarzane wyłącznie do celów archiwalnych w interesie publicznym;
6. posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania;
7. ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych w państwie członkowskim Pani/Pana zwykłego pobytu, miejsca pracy lub miejsca popełnienia domniemanego naruszenia, tj.:  
Biuro Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (PUODO) (adres: Stawki 2, 00-193 Warszawa; telefon: 22 860 70 86);
8. podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o przepisy prawa a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.

.....  
data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

## DECYZJA REKRUTACYJNA:

### 1. WYPEŁNIA DYREKTOR OWP

Imię i nazwisko dziecka .....  
**został/a przyjęty/a / nie został/a przyjęty/a\*** do nowej grupy przedszkolnej utworzonej w ramach projektu pt.  
„Kreatywny przedszkolak” (\*niepotrzebne skreślić)

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

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

Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności?

TAK

NIE

.....  
*data i czytelny podpis Dyrektora OWP*

### 2. WYPEŁNIA WYCHOWAWCA

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

TAK

NIE

Krótkie uzasadnienie wychowawcy dot. potrzeby otrzymania wsparcia przez dziecko:

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

.....  
*data i czytelny podpis wychowawcy*