



„Wzrost jakości oferty edukacyjnej w Szkole Podstawowej w Dobrzyniówce”  
Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

## FORMULARZ REKRUTACYJNY

Tytuł projektu: „Wzrost jakości oferty edukacyjnej w Szkole Podstawowej w Dobrzyniówce”

A. DANE KANDYDATA			
Imię/imiona			
Nazwisko			
PESEL		Wiek	
Płeć			
Województwo			
Powiat			
Gmina			
Miejscowość			
Ulica			
Nr budynku			
Nr lokalu			
Kod pocztowy			
Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego			
Telefon kontaktowy rodzica/opiekuna prawnego			
Adres e-mail rodzica/opiekuna prawnego			
B. STATUS KANDYDATA			
Osoba z niepełnosprawnościami <sup>1</sup>			

<sup>1</sup> Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. 1997, nr 123, poz. 776) a także osoby z zaburzeniami

<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmawiam podania danych	
<b>C. DEKLARACJA DOTYCZĄCA UCZESTNICTWA DZIECKA W ZAJĘCIACH</b>	
1. Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze	<input type="checkbox"/> Zajęcia z matematyki
2. Zajęcia rozwijające	<input type="checkbox"/> Zajęcia przyrodniczo-matematyczne <input type="checkbox"/> Koło zainteresowań „Magia programowania” <input type="checkbox"/> Zajęcia z języka angielskiego
<b>D. OŚWIADCZENIA</b>	
<input type="checkbox"/> Oświadczam, iż zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i udziału w projekcie „Wzrost jakości oferty edukacyjnej w Szkole Podstawowej w Dobrzyniówce” i akceptuję jego zapisy.	
<input type="checkbox"/> Jestem świadoma/świadomy, iż powyższe deklaracje dotyczące zajęć mają charakter informacyjny, natomiast ostateczna rekrutacja do poszczególnych zajęć zostanie przeprowadzona w oparciu o wyniki diagnozy przeprowadzonej w szkole przez kadrę dydaktyczną i zatwierdzonej przez organ prowadzący.	
<input type="checkbox"/> Oświadczam, iż ww. dziecko spełnia warunki kwalifikujące do udziału w niniejszym projekcie tj. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Zamieszkuje na terenie powiatu białostockiego (województwo podlaskie)</li> </ul>	
<input type="checkbox"/> Jestem świadoma/świadomy, że koszt udziału mojego dziecka w projekcie pokrywany będzie ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.	
<input type="checkbox"/> Oświadczam, iż podane dane są zgodne z prawdą oraz, że są mi znane wszelkie konsekwencje prawne i odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.	
<b>MIEJSCOWOŚĆ</b>	<b>DATA</b>
<b>IMIĘ I NAZWISKO RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO</b>	<b>PODPIS RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO</b>

psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. 1994, nr 111, poz. 535) tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.