**Załącznik nr 1. Formularz rekrutacyjny – dziecko przedszkolne**

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**Projekt pn. „Przez zabawę do nauki – podniesienie jakości edukacji przedszkolnej w przedszkolu nr 16 im. Cz. Janczarskiego w Żorach”**

proszę o wypełnienie tylko białych pól

Projekt realizowany jest przez Gminę Miejską Żory oraz Przedszkole nr 16 im. Cz. Janczarskiego w Żorach w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa śląskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa XI. Wzmocnienie potencjału edukacyjnego, Działanie 11.1 Ograniczenie przedwczesnego kończenia nauki szkolnej oraz zapewnienie równego dostępu do dobrej jakości edukacji elementarnej, kształcenia podstawowego i średniego, Poddziałanie 11.1.3. Wzrost upowszechnienia wysokiej jakości edukacji przedszkolnej – konkurs

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dane uczestnika | 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | PESEL |  |
| 4 | Kraj |  |
| 5 | Rodzaj uczestnika |  |
| 6 | Nazwa Instytucji |  |
| 7 | Płeć |  |
| 8 | Data urodzenia |  |
| 9 | Wiek w chwili przystąpienia  do projektu |  |
| 10 | Wykształcenie |  |
| Dane kontaktowe uczestnika | 11 | Kraj |  |
| 12 | Województwo |  |
| 13 | Powiat |  |
| 14 | Gmina |  |
| 15 | Miejscowość |  |
| 16 | Ulica |  |
| 17 | Nr budynku |  |
| 18 | Nr lokalu |  |
| 19 | Kod pocztowy |  |
| 20 | Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) |  |
| 21 | Telefon kontaktowy |  |
| 22 | Adres e-mail |  |
| Szczegóły  i rodzaj wsparcia | 23 | Data rozpoczęcia udziału  w projekcie |  |
| 24 | Data zakończenia udziału  w projekcie |  |
| 25 | Status osoby na rynku pracy  w chwili przystąpienia do projektu |  |
| 26 | Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia |  |
| 27 | Wykonywany zawód |  |
| 28 | Zatrudniony w |  |
| 29 | Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |  |
| 30 | Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |  |
| 31 | Inne rezultaty dotyczące osób młodych |  |
| 32 | Zakończenie udziału osoby  w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa |  |
| 33 | Rodzaj przyznanego wsparcia |  |
| 34 | Data rozpoczęcia udziału  we wsparciu |  |
| 35 | Data zakończenia udziału  we wsparciu |  |
| 36 | Data założenia działalności gospodarczej |  |
| 37 | Kwota przyznanych środków  na założenie działalności gospodarczej |  |
| 38 | PKD założonej działalności gospodarczej |  |
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | 39 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | TAK / NIE\* |
| 40 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu  do mieszkań | TAK / NIE\* |
| 41 | Osoba z niepełnosprawnościami | TAK / NIE\* |
| 42 | Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej | TAK / NIE\* |
| 43 | Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu |  |

\* prawidłową odpowiedź należy pozostawić nieprzekreśloną

Wnioskuję o objęcie mojego dziecka następującym rodzajem wsparcia\*:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj wsparcia** | **Tak** |
| Dodatkowe zajęcia wspierające rozwój dzieci – alpakoterapia (dzieci 5-6- letnich) |  |
| Dodatkowe zajęcia wspierające rozwój dzieci dogoterapia (dla dzieci 3-4-letnich), |  |
| Dodatkowe zajęcia prowadzone metodą Weroniki Sherborne (dla dzieci 3, 4 i 5-letnich) |  |
| Dodatkowe zajęcia wspierające rozwój prowadzone z użyciem terapii ręki (dla dzieci 3, 4 i 5-letnich |  |

\*należy postawić X przy wybranej formie wsparcia

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

MIEJSCOWOŚC I DATA CZYTELNY PODPIS RODZICA/OPIEKUNA   
 PRAWNEGO UCZESTNIKA PROJEKTU