Załącznik nr 2a do Regulaminu -

Formularz rekrutacyjny

|  |  |
| --- | --- |
| **Wypełnia Osoba przyjmująca Formularz** | |
| Data i godz.  wpływu |  |
| Podpis osoby (pieczątka) |  |

|  |
| --- |
| **FORMULARZ REKRUTACYJNY do projektu**  **„ DZIECIAK SMART – Spostrzegawczy, Mądry,**  **Aktywny, Rezolutny i Twórczy”,**  **realizowanego w ramach programu**  **Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dane personalne**  **rodzica/opiekuna prawnego potencjalnego Uczestnika projektu** | | |
| Nazwisko |  | |
| Imię ( imiona ) |  | |
| Płeć | |  | | --- | |  |   kobieta | |  | | --- | |  |   mężczyzna |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane adresowe i kontaktowe**  **rodzica/opiekuna prawnego potencjalnego Uczestnika projektu** | |
| Miejscowość |  |
| Ulica i nr domu |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Adres e-mail |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane personalne**  **potencjalnego Uczestnika projektu ( dziecka )** | |
| Nazwisko |  |
| Imię ( imiona ) |  |
| Data urodzenia dziecka |  |

Zgłaszam córkę / syna do udziału w następujących zajęciach dodatkowych, które będą realizowane w ramach projektu w **Przedszkolu pod Dębem w Koszęcinie**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa i opis | Wiek dziecka na dzień **2 stycznia 2024 r.** | Wybór  TAK/NIE /Nie dotyczy\* |
| 1 | **MALI ŚLĄZACY (MŚ)**  Zajęcia z tańca i śpiewu | 4-5 lat |  |
| 2 | **BADACZE I ODKRYWCY (BIO)**  Zajęcia przyrodniczo-ekologiczne | 4-6 lat |  |
| 3 | **MALI KUCHARZE (MK)**  Zajęcia kulinarno-dietetyczne | 4-6 lat |  |
| 4 | **ZAKODOWANI NA ROZWÓJ (ZNR**)  Zajęcia z robotyki i kodowania | 5-6 lat |  |

|  |
| --- |
| **\* UWAGA** - nie dotyczy, w przypadku gdy nie spełnione zostało kryterium wieku |

Ponadto oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji do projektu i akceptuję jego warunki;
2. Zostałem/am poinformowany/na o współfinansowaniu projektu z Unii Europejskiej w ramach Funduszy Europejskich dla Śląskiego 2021-2027;
3. Oświadczenia dodatkowe dla celów procesu rekrutacji:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Czy dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności ?\* | TAK | NIE |
| Czy dziecko z rodziny wielodzietnej  ( co najmniej troje dzieci w wieku do 18 lat ) ?\* | TAK | NIE |
| Czy dwoje lub więcej dzieci uczęszcza do danego przedszkola ?\* | TAK | NIE |
| **\* UWAGA** - niepotrzebne skreślić | | |

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za składanie oświadczeń lub zatajanie prawdy, niniejszym oświadczam, iż dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne z prawdą.

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

Miejscowość i data czytelny podpis rodzica/Opiekuna prawnego

W przypadku zakwalifikowania mojego dziecka do zajęć dodatkowych, realizowanych w ramach Projektu ,proszę o przekazanie informacji o zakwalifikowaniu w formie :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  |   telefonicznej | |  | | --- | |  |   mailowej | |  | | --- | |  |   Pisemnie na adres wskazany powyżej |