**Załącznik nr 1c** do Regulaminu rekrutacji do projektu   
pn. *„Wdrożenie programów rozwojowych w szkołach  
 podstawowych gminy Jabłonna”*

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU   
„WDROŻENIE PROGRAMÓW ROZWOJOWYCH W SZKOŁACH PODSTAWOWYCH GMINY JABŁONNA”**

**DANE UCZESTNIKA PROJEKTU:**

Nazwisko: ………………………………………..……Imię (Imiona):

Data i miejsce urodzenia: ………………………………………………………………………PESEL: ………………………………….

Imię i nazwisko dziecka:

Klasa do której uczęszcza dziecko: ……………………………………

Płeć: kobieta mężczyzna

**DANE KONTAKTOWE (TELEADRESOWE) UCZESTNIKA PROJEKTU:**

Ulica:…………………………….……………… Nr budynku: …………………… Nr lokalu:

Miejscowość: …………………..………….…………. Kod pocztowy:………………… Gmina:

Powiat: …………………………………….. Województwo:

Telefon kontaktowy:

Adres poczty elektronicznej (e-mail):

**STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU:**

1. Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * tak | * nie | * odmawiam podania informacji |

1. Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * tak | * nie | * odmawiam podania informacji |

1. Osoba z niepełnosprawnościami

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * tak | * nie | * odmawiam podania informacji |

1. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * tak | * nie | * odmawiam podania informacji |

Deklaruję udział w projekcie **„WDROŻENIE PROGRAMÓW ROZWOJOWYCH W SZKOŁACH PODSTAWOWYCH GMINY JABŁONNA”** nr FELU.10.03-IZ.00-0099/23, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, Priorytetu X Lepsza edukacja, Działania 10.3 Kształcenie ogólne

ZADANIE 6 – Wsparcie psychologiczno – pedagogiczne rodziców i prawnych opiekunów w zakresie stymulowania rozwoju ucznia

Rodzaj wsparcia:

1. porady indywidualne dla rodziców i prawnych opiekunów dzieci ze spektrum autyzmu 
2. porady indywidualne dla rodziców i prawnych opiekunów prowadzone przez psychologa 
3. porady indywidualne dla rodziców i prawnych opiekunów prowadzone przez logopedę 

**Uzasadnienie adekwatności i spójności wsparcia (opinia wychowawcy dziecka):**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że podane dane są zgodne z prawdą oraz, że są mi znane wszelkie konsekwencje prawne i odpowiedzialność za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

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

*miejscowość, data czytelny podpis Uczestnika projektu (Rodzica)*

…………………………… …………………………….….……………………………

*miejscowość, data czytelny podpis Wychowawcy dziecka*