

Załącznik 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa
w projekcie „#Jestem #Poznaję #Tworzę – rozwijanie
kompetencji u dzieci ze Świetlicy Środowiskowej w Libiążu”

**Formularz rekrutacyjny rodziny i kandydata/kandydatki
do Projektu „#Jestem #Poznaję #Tworzę
– rozwijanie kompetencji u dzieci ze Świetlicy Środowiskowej w Libiążu”**

Wypełnienie formularza rekrutacyjnego rodziny jest niezbędne wnioskowania o uczestnictwo w Projekcie. Podanie informacji w formularzu jest dobrowolne, ale niezbędne do zakwalifikowania w ww. projekcie. Uzyskane informacje będą chronione i wykorzystane jedynie w celach projektowych. Pytania w formularzu są mieszane: otwarte, jednokrotnego wyboru lub wielokrotnego wyboru.

1. Imię i nazwisko kandydata/teki – rodzica/opiekuna*

.....

Pesel

Adres zamieszkania

Wykształcenie

Zatrudnienie

Telefon/ email

2. Imię i nazwisko kandydata/teki – rodzica/opiekuna*

.....

Pesel

Adres zamieszkania

Wykształcenie

Zatrudnienie

Telefon/ email

* niepotrzebne skreślić.



3. Imię i nazwisko kandydata/teki – dziecka

.....

Pesel

Szkoła

Klasa

4. Imię i nazwisko kandydata/teki – dziecka

.....

Pesel

Szkoła

Klasa

5. Imię i nazwisko kandydata/teki – dziecka

.....

Pesel

Szkoła

Klasa

OPIS SYTUACJI RODZINY

1. Sytuacja zdrowotna w rodzinie - osoba niepełnosprawna, ograniczenia ruchowe, przewlekła choroba, dziecko/dzieci jest/są objęte specjalistyczną opieką lekarską? jeżeli tak to jaką, inne):

.....
.....

2. Rodzina jest:

- pełna []**
- niepełna []

** Wpisać X



3. Czy w rodzinie występuje: (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- Bezrobocie []
- Ubóstwo []
- Bezradność w sprawach opiekuńczo-wychowawczych []
- Niezaradność życiowa []
- Długotrwała lub ciężka choroba []
- Niepełnosprawność []
- Alkoholizm []
- Narkomania []
- Wielodzietność []
- Samotne wychowywanie dzieci []
- Przemoc w rodzinie []

4. Czy rodzina objęta jest wsparciem instytucjonalnym: (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)

- Ośrodek Pomocy Społecznej []
- Sąd – Kurator []
- Powiatowe Centrum Pomocy Rodzinie []
- Poradnia Psychologiczno-Pedagogiczna []
- Inne (jakiej?).....

5. Czy dziecko/dzieci korzystają z dodatkowych zajęć specjalistycznych i rewalidacyjnych w szkole? (Jeżeli tak to jakich?):

.....
.....

6. Specjalne potrzeby szkoleniowe, edukacyjne, cyfrowe, transportowe umożliwiające pełny udział w projekcie? (Jeżeli są to jakie?):

.....
.....

Libiąż dnia.....

.....
Czytelny podpis Uczestnika/ Uczestniczki Projektu – rodzica/opiekuna

.....
Czytelny podpis Uczestnika/ Uczestniczki Projektu – rodzica/opiekuna

.....
Czytelny podpis dziecka uczestniczącego w Projekcie

.....
Czytelny podpis dziecka uczestniczącego w Projekcie

.....
Czytelny podpis dziecka uczestniczącego w Projekcie