*Załącznik nr 1a do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie*

**KARTA ZGŁOSZENIA UCZESTNIKA PROJEKTU (DZIECKO)**

**pt. Kosmiczne Przedszkole dla Kosmicznych Przedszkolaków  
 z Pliszczyna i Turki**

**realizowanego ramach działania 12.1 Edukacja przedszkolna  
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego  
na lata 2014 – 2020**

Projekt pt.: ***„*Kosmiczne Przedszkole dla Kosmicznych Przedszkolaków z Pliszczyna i Turki*”***   
nr projektu: **RPLU.12.01.00-06-0070/20** współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, realizowany przez **Gminę Wólka,** na podstawie Umowy nr **486/RPLU.12.01.00-06-0070/20-00** zawartej z Instytucją Zarządzającą w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I. Dane uczestnika projektu (dziecka)** | | | | | | | | | | | |
| **Imię** |  | | | | | | | | | | |
| **Nazwisko** |  | | | | | | | | | | |
| **Data urodzenia** |  | | | | | | | | | | |
| **Wiek w chwili przystąpienia do projektu.** |  | | | | | | | | | | |
| **PESEL** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Płeć** | * K * M | | | | | | | | | | |
| **Wykształcenie**  **wg poziomów ISCED** | * niższe niż podstawowe (ISCED 0) * podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły   podstawowej) ISCED 1   * gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej) ISCED 2 * ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie liceum, technikum, uzupełniające liceum ogólnokształcące, zasadnicza szkoła zawodowa) ISCED 3 * policealne (kształcenie ukończone na poziomie wyższym niż na poziomie szkoły średniej, które jednocześnie nie jest wykształceniem wyższym) ISCED 4 * wyższe (kształcenie ukończone na poziomie studiów krótkiego cyklu, studiów wyższych licencjackich, magisterskich, doktoranckich) ISCED 5 -8 | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **II. Dane kontaktowe uczestnika projektu** | |
| **Adres zamieszkania[[1]](#footnote-1) :** | |
| **Kraj** |  |
| **Województwo** |  |
| **Powiat** |  |
| **Gmina** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr budynku** |  |
| **Nr lokalu** |  |
| **Kod pocztowy** |  |
| **Poczta** |  |
| **Obszar** | * Miejski * Wiejski |
| **Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)** | * gęsto zaludnione (01) - **miasta, centra miejskie, obszary miejskie[[2]](#footnote-2)** |
| * pośrednie (02) - **miasta, przedmieścia[[3]](#footnote-3)** |
| * słabo zaludnione (03) - **wiejskie[[4]](#footnote-4)** |
| **Tel. Stacjonarny** |  |
| **Tel. Komórkowy** |  |
| **E-mail** |  |
| **Adres do korespondencji:**  **(należy wypełnić, jeżeli jest inny niż adres zamieszkania)** | |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr budynku** |  |
| **Nr lokalu** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **III. Dane kontaktowe rodziców/opiekunów prawnych:** | | | | |
| 1. | Imię/imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów kandydata | | matki/opiekuna prawnego I |  |
| ojca/opiekuna prawnego II |  |
| 2. | Adres miejsca zamieszkania rodziców/prawnych opiekunów i kandydata | matki/opiekuna prawnego I | kod pocztowy |  |
| miejscowość |  |
| ulica |  |
| numer domu /numer mieszkania |  |
| ojca/opiekuna prawnego II | kod pocztowy |  |
| miejscowość |  |
| ulica |  |
| numer domu /numer mieszkania |  |
| 3. | Adres poczty elektronicznej i numery telefonów rodziców/prawnych opiekunów kandydata (o ile posiadają) | matki/opiekuna prawnego I | telefon do kontaktu |  |
| adres poczty elektronicznej |  |
| ojca/opiekuna prawnego II | telefon do kontaktu |  |
| adres poczty elektronicznej |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **IV. Dane dodatkowe uczestnika** | |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej** | * TAK * NIE * Odmowa podania informacji |
| **Migrant** | * TAK * NIE * Odmowa podania informacji |
| **Obce pochodzenie** | * TAK * NIE * Odmowa podania informacji |
| **Pochodzenie etniczne** | * TAK * NIE * Odmowa podania informacji |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | * TAK * NIE |
| **Osoba z niepełnosprawnościami** | * TAK * NIE * Odmowa podania informacji |
| **Czy uczestnik posiada opinię z Poradni P-P** | * TAK * NIE |
| **Czy uczestnik posiada orzeczenie o niepełnosprawności z Poradni P-P** | * TAK * NIE |
| **Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społeczno-materialnej (innej niż wymienione powyżej)** | * TAK * NIE * Odmowa podania informacji |
| **Status na rynku prac** | Oświadczam, że jestem osobą bierna zawodowo[[5]](#footnote-5) (emeryt/rencista)   * TAK * NIE   w tym osoba ucząca się   * TAK * NIE   **WYJAŚNIENIE: uczestnicy projektu – uczniowie/uczennice szkoły podstawowej i zaznaczają status na rynku pracy Osoba bierna zawodowo w tym osoba ucząca się** |
| Osoba pracująca   * TAK * NIE |
| Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy   * TAK * NIE |
| Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy   * TAK * NIE |
| Czy dziecko było objęte edukacją przedszkolną | * TAK * NIE   **WYJAŚNIENIE: dotyczy rekrutacji do projektu typu 1 „Tworzenie nowych miejsc wychowania przedszkolnego dla dzieci w wieku 3 – 4 lata”** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **V. Deklaracja w zakresie preferowanych forma wsparcia:** | | |
| **Tworzenie nowych miejsc wychowania przedszkolnego dla dzieci w wieku 3 – 4 lata** | | |
| Proszę o przyjęcie mojego dziecka do przedszkola w:   * Zespole Szkolno – Przedszkolnym w Turce * Zespole Szkolno – Przedszkolnym w Pliszczynie | | |
| **Lp.** | **Forma wsparcia** | **Deklaracja uczestnictwa w danej formie wsparcia –proszę wstawić TAK przy preferowanej formie wsparcia** |
| 1. | indywidualne dyżury psychologiczne – 1h/tydz. |  |
| 2. | indywidualne dyżury pedagogiczne – 1h/tydz. |  |
| 3. | indywidualne dyżury logopedyczne – 3h/tydz. |  |
| 4. | zajęcia logopedyczne - 6h/grupę |  |
| 5. | zajęcia rytmiczno – taneczne – 1h/tydz./grupę |  |
| 6. | warsztaty naukowe –1h/tydz./grupę |  |
| 7. | arteterapia – 1h/tydz./grupę |  |
| 8. | bajkoterapia –1h/tydz./grupę |  |
| 9. | zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno – społeczne – 1h/tydz./grupę |  |
| 10. | gimnastyka korekcyjna - 1h/tydz./grupę |  |
| 11. | zajęcia ruchowe – sztuki walki – 1h/tydz. /grupę |  |
| 12. | Jednodniowe wycieczki |  |
| **Wsparcie w zakresie zajęć realizowanych w celu wyrównania stwierdzonych deficytów oraz dodatkowych zajęć, które pozwolą na zwiększenie kompetencji społecznych dzieci** | | |
| Oświadczam, iż moje dziecko uczęszcza do przedszkola w:   * Zespole Szkolno – Przedszkolnym w Turce * Zespole Szkolno – Przedszkolnym w Pliszczynie | | |
| **Lp.** | **Forma wsparcia** | **Deklaracja uczestnictwa w danej formie wsparcia –proszę wstawić TAK przy preferowanej formie wsparcia** |
| 1 | indywidualne dyżury psychologiczne – 1h/tydz. |  |
| 2 | indywidualne dyżury pedagogiczne – 1h/tydz. |  |
| 3 | indywidualne dyżury logopedyczne – 3h/tydz. |  |
| 4 | zajęcia logopedyczne - 6h/grupę |  |
| 5 | warsztaty naukowe –1h/tydz./grupę |  |
| 6 | arteterapia – 1h/tydz./grupę |  |
| 7 | bajkoterapia –1h/tydz./grupę |  |
| 8 | zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno – społeczne – 1h/tydz./grupę |  |
| 9 | zajęcia ruchowe – sztuki walki – 1h/tydz. /grupę |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **VI. Dodatkowa informacja o dziecku:** | | | |
| **L.p.** | **Dokument w zakresie stwierdzonych deficytów** | **Tak** | **Nie** |
| **1.** | Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, wydane ze względu na niepełnosprawność, orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności |  |  |
| **2.** | Diagnoza logopedyczna wydana przez specjalistę |  |  |
| **3.** | Diagnoza w zakresie wad postawy wydana przez specjalistę |  |  |
| **4.** | Opinia z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej |  |  |
| **5.** | Opinia nauczyciela o deficytach kompetencji społeczno-emocjonalnych |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| VII. Informacja o spełnianiu kryteriów udziału w projekcie: \*) we właściwej rubryce (Tak/Nie), przy każdym z 7 kryteriów wstaw znak **X** | | | | |
| **L.p.** | **Kryterium** | **Dokument potwierdzający spełnianie kryterium** | **Tak\*)** | **Nie\*)** |
| **1.** | Niepełnosprawność kandydata | **Orzeczenie** o potrzebie kształcenia specjalnego, wydane ze względu na niepełnosprawność, orzeczenie o niepełnosprawności lub o stopniu niepełnosprawności  *Oryginał, notarialnie poświadczona kopia albo urzędowo poświadczony zgodnie z art. 76a § 1 Kodeksu postępowania administracyjnego odpis lub wyciąg z dokumentu lub kopia poświadczona za zgodność z oryginałem przez rodzica/ opiekuna prawnego.* |  |  |
| **2.** | Rodzina o niskich dochodach | **Zaświadczenie** o korzystaniu z pomocy społecznej |  |  |
| **3.** | Rodzeństwo objęte w OWP objętym wsparciem | Oświadczam, iż rodzeństwo kandydata uczęszcza do ośrodka wsparcia przedszkolnego objętego wsparciem |  |  |
| **4.** | Status zawodowy rodziców – oboje rodziców pracuje/studiuje | Oświadczam, że oboje rodziców/ opiekunów prawnych kandydata pracuje/studiuje |  |  |
| **5.** | Rodzic samotnie wychowujący dziecko | Oświadczam, że samotnie wychowuję dziecko |  |  |
| **6.** | jeden z dwojga rodziców pracuje/studiuje | Oświadczam, że jeden z rodziców/ opiekunów prawnych kandydata pracuje/studiuje |  |  |
| **7.** | deklarowana liczba godzin dziennego pobytu kandydata – za każdą h ponad 5h – 1pkt. | Deklaruję, iż dzienny pobyt mojego dziecka w przedszkolu będzie wynosił: ……. h  od …………... do ………….…… |  |  |

**Uwaga**: w powyższej tabeli w kolumnie trzeciej opisano kursywą, jakimi dokumentami można poświadczyć spełnianie danego kryterium.

1. Punkty otrzymane za spełnienie kryteriów sumuje się.
2. W pierwszej kolejności przyjmowani są kandydaci z największą liczbą punktów.
3. Do wniosku dołączam dokumenty potwierdzające spełnienie kryteriów wymienionych w punktach …………

**VIII. INNE WAŻNE INFORMACJE :**

Deklaruję korzystanie przez dziecko z wyżywienia:

|  |  |
| --- | --- |
| śniadanie | TAK\* NIE\* |
| obiad | TAK\* NIE\* |
| podwieczorek | TAK\* NIE\* |

\*właściwą odpowiedź zakreślić

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

• Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie „Kosmiczne Przedszkole dla Kosmicznych Przedszkolaków z Pliszczyna i Turki”, zawartymi w Regulaminie rekrutacji  
i uczestnictwa w projekcie, akceptuję wszystkie postanowienia w/w Regulaminu oraz moje dziecko spełnia kryteria uczestnictwa w Projekcie określone w Regulaminie Projektu.

• Zostałam/em poinformowana/y, że projekt finansowany jest przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego. Projekt realizowany jest w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa 12 Edukacja, kwalifikacje i kompetencje, Działanie 12.1 Edukacja przedszkolna.

• Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa mojego dziecka w Projekcie „Kosmiczne Przedszkole dla Kosmicznych Przedszkolaków z Pliszczyna i Turki” oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.

• Zostałem/am poinformowany/a, że złożenie Karty Zgłoszenia nie jest równoznaczne  
z zakwalifikowaniem dziecka do Projektu. W przypadku nie zakwalifikowania się do udziału  
w Projekcie nie będę wnosił/a żadnych roszczeń ani zastrzeżeń do Projektodawcy – gminy Wólka.

• Oświadczam, iż moje dziecko będzie obowiązkowo uczestniczyło w całym cyklu wsparcia  
(w minimalnym 80% wymiarze), równocześnie zobowiązuję się, iż w przypadku rezygnacji  
z uczestnictwa w Projekcie niezwłocznie poinformuję o tym fakcie Organizatora Projektu.

• Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w badaniach ankietowych.

• Zostałem/am poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących mojego statusu społecznego mojego dziecka (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej).

• Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania gminy Wólka o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Karcie Zgłoszeniowej.

• Zostałem/am uprzedzony o odpowiedzialności cywilnej (wynikającej z Kodeksu Cywilnego)  
za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| (Miejscowość i data) |  | *czytelny podpis rodzica/prawnego opiekuna* |

**Opinia Komisji Rekrutacyjnej:**

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

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

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

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

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

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

**Kandydata KWALIFIKUJE SIĘ / NIE KWALIFIKUJE SIĘ\* do wzięcia udziału w projekcie**

*\* właściwe zakreślić*

**Podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej:**

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

……………………………………..…………………………  *Miejscowość, data*

……………………………………..…………………………

1. Zgodnie z art. 25. Kodeks Cywilny - miejsce przebywania z zamiarem stałego pobytu [↑](#footnote-ref-1)
2. Według definicji Eurostat do terenów gęsto zaludnionych w województwie lubelskim zalicza się miasta Chełm, Zamość i Lublin. [↑](#footnote-ref-2)
3. Według definicji Eurostat do terenów pośrednich w województwie lubelskim zalicza się gminy miejskie: Międzyrzec Podlaski, Terespol, Radzyń Podlaski, Włodawa, Biała Podlaska, Biłgoraj, Hrubieszów, Krasnystaw, Tomaszów Lubelski, Lubartów, Świdnik, Kraśnik, Łuków, Puławy i Dęblin; gminy miejsko-wiejskie: Szczebrzeszyn, Łęczna, Janów Lubelski, oraz gminy wiejskie: Kraśnik i Konopnica. [↑](#footnote-ref-3)
4. Według definicji Eurostat do terenów słabo zaludnionych zalicza się pozostałe gminy województwa lubelskiego. [↑](#footnote-ref-4)
5. Osoby bierne zawodowo - osoby, które w danej chwili nie tworzą zasobów siły roboczej (tzn. nie pracują i nie są bezrobotne). Studenci studiów stacjonarnych są uznawani za osoby bierne zawodowo. Osoby będące na urlopie wychowawczym (rozumianym jako nieobecność w pracy, spowodowana opieką nad dzieckiem w okresie, który nie mieści się w ramach urlopu macierzyńskiego lub urlopu rodzicielskiego), są uznawane za bierne zawodowo, chyba że są zarejestrowane już jako bezrobotne (wówczas status bezrobotnego ma pierwszeństwo). Osoby prowadzące działalność na własny rachunek (w tym członek rodziny bezpłatnie pomagający osobie prowadzącej działalność) nie są uznawane za bierne zawodowo. [↑](#footnote-ref-5)