



Załącznik nr 1

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

w projekcie „**Wsparcie rozwoju edukacji w Miejskim Obszarze Funkcjonalnym Gniezna**”: realizowanym w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027
dla zadania pn.:

UWAGA:

1. Wypełnia rodzic/opiekun prawny niepełnoletniego ucznia
2. Formularz powinien być wypełniony w sposób czytelny i bez skreśleń. Każdy punkt wniosku musi być wypełniony, jeśli nie dotyczy, proszę wpisać odpowiednio BRAK lub NIE DOTYCZY
3. W przypadku jakichkolwiek skreśleń, proszę postawić parafkę/podpis obok skreślenia, a następnie zaznaczyć/wpisać prawidłową odpowiedź.

Dane osobowe zostaną wprowadzone do aplikacji głównej centralnego systemu teleinformatycznego (CST2021). Jest to system wspierający realizację programów operacyjnych realizowanych w ramach Funduszy Europejskich 2021-2027. Podanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udziału w projekcie.

NAZWA BENEFICJENTA (GMINY)
Miasto Gniezno wraz z partnerami: Gminą Trzemeszno, Gminą Czarniejewo, Gminą Kiskowo, Gminą Witkowo, Gminą Gniezno, Gminą Łubowo, Gminą Niechanowo, Gminą Kłecko, Gminą Mieleszyn, Powiatem Gnieźnieńskim, Instytucją Kultury Stolica Eksperymentu oraz spółką Stolica eXperymentu Sp. z o.o.
TYTUŁ PROJEKTU:
„Wsparcie rozwoju edukacji w Miejskim Obszarze Funkcjonalnym Gniezna”
NR PROJEKTU:
FEWP.06.08-IZ.00-0030/24

1. Dane osobowe uczestnika (dziecka) projektu:											
Nazwisko					Imię/imiona						
PESEL											
Nazwa szkoły i adres											
Wiek (ukończone lata)			Płeć: ☐ kobieta ☐ mężczyzna					Klasa:			
2a. Adres zamieszkania dziecka											



Województwo:		Kod pocztowy:		Miejscowość	
Obszar:	☐ miasto ☐ wieś	Ulica, numer domu / lokalu			
Telefon komórkowy opiekuna prawnego					
Adres poczty elektronicznej opiekuna prawnego					
2b. Adres do korespondencji opiekuna prawnego (jeśli jest inny niż wyżej):					
Miejscowość Kod pocztowy					
Ulica, numer					

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU						
OSOBA OBCEGO POCHODZENIA tzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów	TAK			NIE		
OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO tzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	TAK			NIE		
OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ mniejszości narodowe: białoruska, czeska, litewska, niemiecka, ormiańska, rosyjska, słowacka, ukraińska, żydowska; mniejszości etniczne: karaimska, łemkowska, romska, tatarska; społeczności marginalizowane: Romowie	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE	
OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI Za osoby z niepełnosprawnościami uznaje się osoby w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych, a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego. Potwierdzeniem statusu osoby z niepełnosprawnością jest w szczególności odpowiednie orzeczenie lub inny dokument poświadczający stan zdrowia.	TAK		ODMOWA PODANIA INFORMACJI		NIE	

Czy uczestnik zgłasza potrzebę tłumacza Systemu Języka Migowego? Zaznaczyć właściwe lub skorzystać z pola przeznaczonego na otwartą odpowiedź/Uwagi	Tak	Nie	Miejsce na otwartą odpowiedź / Uwagi
Czy uczestnik potrzebuje pętli indukcyjnej? (system wspomaganie słuchu) Zaznaczyć właściwe lub skorzystać z	Tak	Nie	Miejsce na otwartą odpowiedź / Uwagi



pola przeznaczonego na otwartą odpowiedź/Uwagi			
Czy uczestnik wymaga obecności asystenta ucznia o specjalnych potrzebach edukacyjnych (osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością fizyczną?) Zaznaczyć właściwe lub skorzystać z pola przeznaczonego na otwartą odpowiedź/Uwagi	Tak	Nie	Miejsce na otwartą odpowiedź / Uwagi
Inne specjalne potrzeby (proszę wskazać jakie?)			

Niniejszym, oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję zapisy Regulaminu organizacyjnego w projekcie pn. **„Wsparcie rozwoju edukacji w Miejskim Obszarze Funkcjonalnym”** w zakresie wsparcia przewidzianego w ramach Projektu.

Potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis prawnego opiekuna

Wyrażam/nie wyrażam zgody¹ na wykorzystanie wizerunku uczestnika/uczestniczki Projektu, w celu udokumentowania prowadzonych form wsparcia.

.....
Miejscowość, data

.....
czytelny podpis prawnego opiekuna

Data rozpoczęcia udziału w projekcie:.....²

¹ Niepotrzebne skreślić

² Wypełnia koordynator gminny/szkolny. Data rozpoczęcia udziału w projekcie czyli data udziału w pierwszych zajęciach nie może być wcześniejsza niż daty wypełnienia formularza zgłoszeniowego.