



WZÓR

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.: Wdrożenie 37 kompleksowych programów rozwoju szkół podstawowych z Obszaru Funkcjonalnego Miasta Gniezna

**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.

<b>NAZWA BENEFICJENTA (GMINY)</b>
Miasto Gniezno wraz z partnerami: Gminą Trzemeszno, Gminą Czarniejewo, Gminą Kiszkowo, Gminą Witkowo, Gminą Gniezno, Gminą Łubowo, Gminą Niechanowo, Gminą Kłecko, Gminą Mieleszyn
<b>TYTUŁ PROJEKTU:</b>
„Wsparcie rozwoju edukacji w Miejskim Obszarze Funkcjonalnym Gniezna”
<b>NR PROJEKTU:</b>
FEWP.06.08-IZ.00-0004/24

<b>1. Dane osobowe uczestnika (dziecka) projektu:</b>										
<b>Nazwisko</b>	NOWAK		<b>Imię/imiona</b>	JAN						
<b>PESEL</b>	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1
<b>Nazwa szkoły i adres</b>	SZKOŁA PODSTAWOWA NR 1 UL. SZKOŁNA 1, 62-200 GNIEZNO									
<b>Wiek (ukończone lata)</b>	8		<b>Płeć:</b> <input type="checkbox"/> kobieta <input checked="" type="checkbox"/> mężczyzna	<b>Klasa:</b>	2					
<b>2a. Adres zamieszkania dziecka</b>										



Województwo:	WLKP.	Kod pocztowy:	62-200	Miejscowość	GNIĘZNO
Obszar:	<input checked="" type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś	Ulica, numer domu / lokalu	UL. URZĘDOWA 1		
Telefon komórkowy opiekuna prawnego		111 111 111			
Adres poczty elektronicznej opiekuna prawnego		JAN@WP.PL			
<b>2b. Adres do korespondencji opiekuna prawnego (jeśli jest inny niż wyżej):</b>					
Miejscowość					
Kod pocztowy					
Ulica, numer					

STATUS UCZESTNIKA W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU					
<b>OSOBA OBCEGO POCHODZENIA</b> fzn. cudzoziemcy, czyli każda osoba, która nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa/obywatelstw innych krajów	TAK			NIE	X
<b>OSOBA Z PAŃSTWA TRZECIEGO</b> fzn. osoba, która jest obywatelami krajów spoza UE lub bezpaństwowiec	TAK			NIE	X
<b>OSOBA NALEŻĄCA DO MNIEJSZOŚCI NARODOWEJ LUB ETNICZNEJ</b> 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	X
<b>OSOBA Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCIAMI</b> 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	X

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
		X	
Czy uczestnik potrzebuje pętli indukcyjnej? (system wspomaganie słuchu) Zaznaczyć właściwe lub skorzystać z	Tak	Nie	Miejsce na otwartą odpowiedź / Uwagi
		X	



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 X	Miejsce na otwartą odpowiedź / Uwagi
Inne specjalne potrzeby (proszę wskazać jakie?)	DPAK		

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, w związku z realizacją zadania: Wdrożenie 37 kompleksowych programów rozwoju szkół podstawowych z Obszaru Funkcjonalnego Miasta Gniezna.

Potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym danych zawartych w formularzu zgłoszeniowym

Gniezno, 24.10.2024r.  
Miejscowość, data

Nowak  
czytelny podpis prawnego opiekuna

Wyrażam/~~nie wyrażam~~ zgody<sup>1</sup> na wykorzystanie wizerunku uczestnika/uczestniczki Projektu, w celu udokumentowania prowadzonych form wsparcia.

Gniezno, 24.10.2024r.  
Miejscowość, data

Nowak  
czytelny podpis prawnego opiekuna

Data rozpoczęcia udziału w projekcie:.....<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

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