**FORMULARZ REKRUTACYJNY - DZIECKO**

**projekt pn. „Żorskie przedszkola przyszłości - rozwój kształcenia przedszkolnego**

**w mieście Żory”**

Zespół Szkolno-Przedszkolny nr 9 w Żorach

realizowany w ramach Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021-2027 (Europejski Fundusz Społeczny+) dla Priorytetu: FESL.06.00 - Fundusze Europejskie dla edukacji dla działania: FESL.06.01 - Edukacja przedszkolna

proszę o wypełnienie tylko białych pól

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane uczestnika** | **1** | **Imię** |  |
| **2** | **Nazwisko** |  |
| **3** | **PESEL** |  |
| **4** | **Kraj** |  |
| **5** | **Obywatelstwo** |  |
| **6** | **Rodzaj uczestnika** |  |
| **7** | **Nazwa Instytucji** |  |
| **8** | **Płeć** |  |
| **9** | **Data urodzenia** |  |
| **10** | **Wiek w chwili przystąpienia do projektu** |  |
| **11** | **Wykształcenie** |  |
| **Dane kontaktowe uczestnika** | **12** | **Kraj** |  |
| **13** | **Województwo** |  |
| **14** | **Powiat** |  |
| **15** | **Gmina** |  |
| **16** | **Miejscowość** |  |
| **17** | **Ulica** |  |
| **18** | **Nr budynku** |  |
| **19** | **Nr lokalu** |  |
| **20** | **Kod pocztowy** |  |
| **21** | **Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)** |  |
| **22** | **Telefon kontaktowy** |  |
| **23** | **Adres e-mail** |  |
| **Szczegóły i rodzaj wsparcia** | **24** | **Data rozpoczęcia udziału w projekcie** |  |
| **25** | **Data zakończenia udziału w projekcie** |  |
| **26** | **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** |  |
| **27** | **Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia** |  |
| **28** | **Grupa do której uczęszcza dziecko w chwili przystąpienia do projektu** |  |
| **29** | **Wykonywany zawód** |  |
| **30** | **Zatrudniony w** |  |
| **31** | **Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie** |  |
| **32** | **Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie** |  |
| **33** | **Inne rezultaty dotyczące osób młodych** |  |
| **34** | **Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa** |  |
| **35** | **Rodzaj przyznanego wsparcia** |  |
| **36** | **Data rozpoczęcia udziału we wsparciu** |  |
| **37** | **Data zakończenia udziału we wsparciu** |  |
| **38** | **Data założenia działalności gospodarczej** |  |
| **39** | **Kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej** |  |
| **40** | **PKD założonej działalności gospodarczej** |  |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** | **41** | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | **TAK / NIE\*** |
| **42** | **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | **TAK / NIE\*** |
| **43** | **Osoba z niepełnosprawnościami** | **TAK / NIE\*** |
| **44** | **Wskaż potrzeby specjalne (jeśli dotyczy)****Zgodnie ze standardami dostępności dla polityki spójności 2021-2027 stanowiącymi załącznik nr 2 do „Wytycznych dotyczących zasad równościowych w ramach funduszy unijnych na lata 2021-2027”** | **Nie dotyczy/specjalne** **potrzeby\*: …………………………………………****…………………………………………****…………………………………………** |
| **45** | **Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej**  | **TAK / NIE\*** |
| **46** | **Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu** |  |

 **\* prawidłową odpowiedź należy pozostawić nieprzekreśloną**

Po konsultacji z wychowawcą wnioskuję o objęcie dodatkowymi zajęciami w następującym zakresie\*:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj wsparcia** | **Tak** |
| Zajęcia „Każde dziecko dobrze wie – logopedia jest the best” |  |
| Zajęcia „Kodowanie na dywanie i ekranie” |  |
| Zajęcia Arterapia |  |
| Zajęcia „Odkrywamy świat” |  |

\*należy postawić X przy wybranej formie wsparcia

………………………………………… ……………………………………………….

 Miejscowość Czytelny podpis rodzica/opiekuna

 prawnego dziecka