

**Formularz zgłoszeniowy w roku szkolnym**
Projekt „Szkoła lepszych szans”*Prosimy o wypełnianie drukowanymi literami wszystkich pól formularza lub zaznaczenie właściwych opcji.*

A. DANE OSOBOWE KANDYDATA (UCZNIA)			
Nazwisko:		Imię:	
Płeć: K / M	Data urodzenia:	PESEL/inny identyfikator:	
Obywatelstwo: <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa – <input type="checkbox"/> brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju UE <input type="checkbox"/> obywatel kraju spoza UE/bezpaństwowiec			
Wykształcenie (wg ISCED): <input type="checkbox"/> co najwyżej średnie I stopnia (ISCED 0-2)			
B. MIEJSCE ZAMIESZKANIA LUB POBYTU, DANE KONTAKTOWE			
Kraj	Województwo	Powiat	Gmina
Poczta	Kod pocztowy	Miejscowość	
Ulica		Nr domu	Nr lokalu
Telefon		E-mail	
Adres do korespondencji (jeśli inny niż zamieszkania)			
C. DANE O STATUSIE NA RYNKU PRACY			
<input type="checkbox"/> Osoba ucząca się (poniżej 15 roku życia)	<input type="checkbox"/> Osoba bezrobotna	<input type="checkbox"/> Osoba bierna zawodowo	<input type="checkbox"/> Osoba pracująca
Nazwa szkoły:			
Klasa:			
D. STATUS UCZESTNIKA			
a) Osoba z niepełnosprawnościami <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji			
b) Osoba obcego pochodzenia <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
c) Osoba z kraju trzeciego <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
d) Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmawiam podania informacji			
e) Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
<i>Uwaga! Jeżeli zaznaczono TAK, należy załączyć dokument poświadczający status</i>			
Specyficzne wymagania/potrzeby związane z udziałem uczestnika niepełnosprawnego w projekcie (dotyczące m.in. zapewnienia tłumacz jęz. migowego asystenta osoby niepełnosprawnością, itp.) <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE			
<i>Jeżeli zaznaczono TAK, proszę opisać potrzeby.</i>			

**E. KRYTERIA DODATKOWE (PREFERENCYJNE)****a) uczeń z niepełnosprawnością TAK / NIE / ODMAWIAM PODANIA INFORMACJI**

Jeżeli TAK należy załączyć kopie orzeczenia o niepełnosprawności wydanego przez Powiatowy Zespół ds. Orzekania o Niepełnosprawności

b) uczeń posiadający opinię lub orzeczenie z poradni psychologiczno-pedagogicznej TAK / NIE

Jeżeli TAK, należy załączyć kopię opinii lub orzeczenia wydanego przez poradnię psychologiczno-pedagogiczną.

c) pobieranie przez jedno z rodziców/opiekunów prawnych (w okresie zasiłkowym obejmującym miesiąc rozpoczęcia udziału w projekcie) świadczeń rodzinnych TAK / NIE

Jeżeli TAK, należy załączyć zaświadczenie odpowiedniego OPS

d) wychowywanie w rodzinie niepełnej TAK / NIE

Jeżeli TAK, należy podpisać poniższe oświadczenie

Oświadczam, że mój Syn/moja Córka (imię i nazwisko)
wychowuje się w rodzinie niepełnej.

Podpis:

e) wychowywanie w rodzinie wielodzietnej TAK / NIE

Jeżeli TAK, należy podpisać poniższe oświadczenie

Oświadczam, że mój Syn/moja Córka (imię i nazwisko)
wychowuje się w rodzinie wielodzietnej.

Podpis:

F. ZAŁĄCZNIKI

a) Karta wyboru form wsparcia	
b) Kopia orzeczenia o niepełnosprawności	
c) Kopia opinii lub orzeczenia wydanego przez PPP	
d) Zaświadczenie OPS o pobieraniu przez jedno z rodziców/opiekunów prawnych (w okresie zasiłkowym obejmującym miesiąc rozpoczęcia udziału w projekcie) świadczeń rodzinnych	
e) Deklaracja uczestnictwa	
g) Inne (jakie?):	

I. OŚWIADCZENIA

- Zapoznałem/am się z Regulaminem projektu „Szkoła lepszych szans” i zobowiązuję się do udziału w projekcie na warunkach określonych w Regulaminie Projektu.
- Spełniam kryteria Uczestnika projektu
- Zostałem/łam poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach EFS+, Programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027
- Powyższe dane przedstawione przeze mnie w związku z zgłoszeniem do projektu odpowiadają stanowi faktycznemu i jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych danych.

Podpis uczestnika

Miejscowość, data

Podpis Rodzica/opiekuna prawnego

* - niepotrzebne skreślić