Załącznik nr 1

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**dla projektu: „**Świetlica opiekuńcza w Ropie**”**

*(proszę wypełnić drukowanymi literami, właściwe zakreślić, bądź wstawić „x” we właściwym miejscu)*

**DANE OSOBOWE :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko |  |
| Imię |  |
| Numer PESEL |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 |
| Płeć | K | M |
| Adres zamieszkania | Miejscowość:Kod pocztowy: \_ \_ - \_ \_ \_Ulica:Nr domu: Nr lokalu: |
| Województwo |  |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| Uczęszczanie do placówki oświatowej | * Szkoła Podstawowa nr 1 w Ropie
 |
| * Gimnazjum w Ropie
 |
| * Szkoła Podstawowa nr 2 w Ropie
 |
| * Szkoła Podstawowa w Łosiu
 |
| * Inna ………………………………………….
 |
| * Brak realizacji obowiązku szkolnego
 |

**DANE KONTAKTOWE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Telefon stacjonarny (bądź wpis NIE POSIADAM) |  |
| Telefon komórkowy (bądź wpis NIE POSIADAM) |  |
| Adres email (bądź wpis NIE POSIADAM) |  |

**INFORMACJE DODATKOWE:**

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj niepełnosprawności (symbol z orzeczenia o stopniu niepełnoprawności)  |  |
| Stopień niepełnosprawności | * Znaczny

 stopień niepełnosprawności |
| * Umiarkowany

 stopień niepełnosprawności  |
| * Lekki

 stopień niepełnosprawności |
| * Inny (wynikający ze specyfiki organu orzeczniczego)

Proszę wpisać jaki ………………………………………. |

**INFORMACJE O SYTUACJI UCZESTNIKA:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **TAK** | **NIE** |
| Korzystanie z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020 |  |  |
| Zagrożenie ubóstwem lub wykluczeniem społecznym, w związku z rewitalizacją obszarów zdegradowanych |  |  |
| Alkoholizm w rodzinie |  |  |
| Przemoc w rodzinie |  |  |
| Problemy wychowawcze objawiające się popełnianiem wykroczeń, dozorem kuratorskim |  |  |
| Niskie oceny z zachowania |  |  |
| Niskie wyniki w nauce. Inne ważne informacje |  |  |
| Inne ważne informacje |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………………………………… |
| *MIEJSCOWOŚĆ I DATA* |  *CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU[[1]](#footnote-1)\** |

1. \* w przypadku osoby niepełnoletniej, podpis w jej imieniu składa przedstawiciel ustawowy lub opiekun prawny [↑](#footnote-ref-1)