|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA**  **DO PLACÓWKI WSPARCIA DZIENNEGO W PAŁECZNICY** | | | | | | | | | |
| **1. DANE DZIECKA** | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko** | | | **Wiek dziecka w chwili przystąpienia do projektu** | | | | | | **Data urodzenia** (dd/mm/rrrr) |
|  | | |  | | | | | |  |
| **Adres zamieszkania dziecka (ulica, miejscowość, numer domu, lokalu)** | | **Kod pocztowy** | | | **Płeć dziecka (proszę wstawić X w odpowiednim okienku)** | | | | **PESEL** |
|  | |  | | | □ K □ M | | | |  |
| **Gmina** | **Powiat** | | **Województwo** | | | | | | **Kraj** |
|  |  | |  | | | | | |  |
| **Imię i nazwisko rodzica/prawnego opiekuna** | | | **Adres e-mail** | | | | | | **Telefon kontaktowy** |
|  | | |  | | | | | |  |
| **Rodzina korzysta z pomocy Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej (proszę wstawić X w odpowiednim okienku)** | | | | | | | | | |
| □ nie □ tak- imię i nazwisko pracownika socjalnego/asystenta rodziny: | | | | | | | | | |
| **Dodatkowe informacje (proszę wstawić X w odpowiednim okienku)** | | | | | | | | | |
| Dziecko należy do mniejszości narodowej lub etnicznej , migrant, osoba obcego pochodzenia | | | | □ TAK | | □ NIE | | □ odmawiam podania danych | |
| Dziecko bezdomne lub dotknięte wykluczeniem z dostępu mieszkań | | | | □ TAK | | □ NIE | | □ odmawiam podania danych | |
| Dziecko z niepełnosprawnościami | | | | □ TAK | | □ NIE | | □ odmawiam podania danych | |
| Dziecko o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej). W przypadku zaznaczenia odpowiedzi TAK należy podać w jakiej? …………………………  …………………………………………………..  ………………………………………………….. | | | | □ TAK | | □ NIE | | □ odmawiam podania danych | |
| **2. INFORMACJE DOTYCZĄCE SZKOŁY** | | | | | | | | | |
| **Nazwa szkoły** | | | | | | | **Klasa** | | |
|  | | | | | | |  | | |
| **Adres szkoły** | | | **Imię i nazwisko wychowawcy** | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |
| **Przedmioty niesprawiające trudności w nauce** | | | **Przedmioty sprawiające trudności w nauce** | | | | | | |
|  | | |  | | | | | | |
| **3. WYBÓR FORMY WSPARCIA** | | | | | | | | | |
| **Deklarowana forma wsparcia (proszę wstawić X w odpowiednim okienku – można wybrać tylko jedną formę wsparcia opiekuńczą ALBO specjalistyczną)** | | | | | | | | | |
| **□** opiekuńcza(obejmująca opiekę i wychowanie, pomoc w nauce, organizację czasu wolnego, zabawy i zajęcia sportowe oraz rozwój zainteresowań w Placówce Wsparcia Dziennego funkcjonującej od poniedziałku do piątku w godzinach od 13:00 do 19:00 – w roku szkolnym oraz od 09:00 do 16:00 - w wakacje i ferie)  **albo □** specjalistyczna (obejmująca organizację zajęć socjoterapeutycznych, terapeutycznych, korekcyjnych, kompensacyjnych oraz logopedycznych, realizację indywidualnych programów korekcyjnych, psychokorekcyjnych i psychoprofilaktycznych w Placówce Wsparcia Dziennego), w tym zajęcia z: pedagogiem, terapeutą, logopedą oraz psychologiem. | | | | | | | | | |
| **Do niniejszego formularza zostaje załączone (proszę wstawić X w odpowiednim okienku)** | | | | | | | | | |
| □ zaświadczenie z Urzędu Gminy Pałecznica o wieku Kandydata/Kandydatki (załącznik obowiązkowy) □ opinię pedagoga szkolnego/zaświadczenie z placówki oświatowej/szkoły o konieczności objęcia Kandydata/Kandydatki wsparciem oferowanym w ramach Placówki Wsparcia Dziennego (stanowiący załącznik nr 7 do Regulaminu rekrutacji)  □ orzeczenie/zaświadczenie/opinia z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej  □ zaświadczenie z Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Pałecznicy o korzystaniu z Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa  □ orzeczenie/zaświadczenie/opinia o niepełnosprawności sprzężonej lub zaburzeniach psychicznych lub znacznym/umiarkowanym stopniu niepełnosprawności dzieci wydane przez uprawnioną instytucję  □ wskazanie z Gminnego Ośrodka Pomocy Społecznej w Pałecznicy stanowiącego załącznik nr 6 do Regulaminu rekrutacji | | | | | | | | | |

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji

………………………………………………… ………………………………………………………………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis Uczestnika/Uczestniczki Projektu)

…………………………………………………. ..……………………………………………………………………

(miejscowość, data) (czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Uczestnika/Uczestniczki Projektu)