……………………………………………………..……..

Miejscowość i data

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DZIECKA**

Proszę o przyjęcie: ………………………………………………………………

(imię/imiona i nazwisko dziecka)

na zajęcia do oddziału Świetlicy Środowiskowej „Przytulisko”

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

(nazwa oddziału)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dane dziecka** | | | | | |
| Data i miejsce urodzenia |  | | | | |
| PESEL |  | | | | |
| Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów prawnych) |  | | | | |
| Płeć | Kobieta | | | | |
| Mężczyzna | | | | |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  | | | | |
| Szkoła, klasa |  | | | | |
| Adres szkoły |  | | | | |
| **Dane adresowe** | | | | | |
| Kraj |  | | | | |
| Województwo |  | | | | |
| Powiat/Gmina |  | | | | |
| Miejscowość |  | | | | |
| Ulica |  | | | | |
| Nr budynku |  | | | | |
| Nr lokalu |  | | | | |
| Kod pocztowy |  | | | | |
| Telefon kontaktowy |  | | | | |
| Adres email |  | | | | |
| **Adres do korespondencji jeśli jest inny niż zamieszkania** | | | | | |
| Miejscowość |  | | | | |
| Powiat/Gmina |  | | | | |
| Województwo |  | | | | |
| Ulica |  | | | | |
| Numer domu |  | | | | |
| Numer mieszkania |  | | | | |
| Kod pocztowy |  | | | | |
| Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) | Miejski | | | | |
| Wiejski | | | | |
| **Wykształcenie (właściwe zaznaczyć znakiem X)** | | | | | |
| Gimnazjalne *(ISCED 2)* |  | | | | |
| Niższe niż podstawowe *(ISCED 0)* |  | | | | |
| Podstawowe *(ISCED 1 )* |  | | | | |
| Policealne *(ISCED 4)* |  | | | | |
| Ponadgimnazjalne *(ISCED 3)* |  | | | | |
| Wyższe *(ISCED 5-8)* |  | | | | |
| **Szczególne potrzeby dziecka** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Pozostałe dane** | | | | |
| **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | | TAK | NIE | Odmowa podania informacji |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | | TAK | NIE | |
| **Osoba z niepełno sprawnościami**; jeśli tak – proszę podać stopień | | TAK | NIE | Odmowa podania informacji |
| **Osoba w innej, niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)**  **………………………………………………………..**  **………………………………………………………..**  **………………………………………………………..** | | TAK | NIE | Odmowa podania informacji |
| **Otoczenie uczestników projektu biorących udział w projekcie** | |  |  |  |

*Właściwą odpowiedź proszę zakreślić*

|  |  |
| --- | --- |
| **Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu** | |
| Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: | osoba długotrwale bezrobotna |
| Inne |
| Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędów pracy w tym: | osoba długotrwale bezrobotna |
| Inne |
| Osoba bierna zawodowo | osoba nieuczestnicząca w kształceniu lub szkoleniu |
| osoba ucząca się |
| Inne |
| Osoba pracująca  Proszę podać nazwę przedsiębiorstwa (miejsce zatrudnienia):  ……………………………….........................  ……………………………………………….  ……………………………………………….  ………………………………………………. | osoba prowadząca działalność na własny rachunek |
| osoba pracująca w administracji rządowej |
| osoba pracująca w administracji samorządowej |
| Osoba pracująca w organizacji pozarządowej |
| Osoba pracująca w MMŚP |
| Osoba pracująca w dużym przedsiębiorstwie |
| Inne |
| Data założenia działalności gospodarczej |  |
| Kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej |  |
| PKD założonej działalności gospodarczej |  |
| Wykonywany zawód |  |

\*MMŚP – Mikro Małe Średnie Przedsiębiorstwa

\*PKD Lista Kodów Polskiej Klasyfikacji Działalności

**Oczekiwania związane z udziałem w projekcie**

|  |  |
| --- | --- |
| Zmiana sytuacji życiowej |  |
| Znalezienie zatrudnienia |  |
| Inne (jakie) |  |

\*można zaznaczyć więcej niż jedno pole

**Źródło informacji o projekcie.**

|  |  |
| --- | --- |
| Ogłoszenia w prasie |  |
| Strona WWW |  |
| Plakat/Ulotka |  |
| Przekaz słowny |  |
| PCPR/MOPS/MGOPS/Gmina |  |
| Inne (jakie?) |  |

\*można zaznaczyć więcej niż jedno pole

**Informacje dodatkowe** (wypełnia pracownik socjalny/AON/OAON)

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj przyznawanego wsparcia |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  |
| Data zakończenia udziału w projekcie |  |
| Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa | Tak |
| Nie |
| Powód rezygnacji z udziału w projekcie | Odmowa podania informacji |
| Podjęcie nauki |
| Inne |
| Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie | Inne |
| Os. kontynuuje zatrudnieni |
| Os. nabyła kompetencje |
| Os. nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie |
| Os. podjęła kształcenie lub szkolenie |
| Os. podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek |
| Os. poszukująca pracy |
| Os. poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka |
| Os. pracująca / prowadząca działa działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem / wychowaniem dziecka |
| Os. uzyskała kwalifikacje |
| Sytuacja w trakcie monitorowania |
| Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie | Nie dotyczy |
| Os. kontynuuje zatrudnieni |
| Os. nabyła kompetencje |
| Os. nie podjęła żadnej nowej aktywności po zakończeniu udziału w projekcie |
| Os. podjęła kształcenie lub szkolenie |
| Os. podjęła pracę/rozpoczęła prowadzenie działalności na własny rachunek |
| Os. poszukująca pracy |
| Os. poszukująca pracy po przerwie związanej z urodzeniem/wychowaniem dziecka |
| Os. pracująca / prowadząca działa działalność na własny rachunek po przerwie związanej z urodzeniem / wychowaniem dziecka |
| Os. uzyskała kwalifikacje |
| Sytuacja w trakcie monitorowania |

Oświadczam, że dane podane w ankiecie rekrutacyjnej są zgodne z prawdą.

Jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

…………………………………. …………………………………

Miejscowość i data Podpis Uczestnika/Uczestniczki

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

Podpisy obojga opiekunów prawnych

* Dziecko będzie samodzielnie przychodziło i wychodziło ze świetlicy.
* Dziecko będzie przyprowadzane i odbierane przez

…………………………………………............................ o godz. ..........................

* Przyjmuję do wiadomości, że pracownicy świetlicy ponoszą odpowiedzialność za dziecko wyłącznie w trakcie zajęć prowadzonych przez świetlicę.
* Zobowiązuję się do współpracy ze świetlicą w sprawach dotyczących mojego dziecka.
* Wyrażam zgodę na kontakty wychowawców i kierownika świetlicy ze szkołą i innymi instytucjami w sprawach dotyczących mojego dziecka.
* Wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka na potrzeby świetlicy zgodnie z ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 roku (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000 z późn. zm.). Administratorem danych osobowych jest świetlica.
* Zapoznałem(am) się z Regulaminem uczestnika zajęć Świetlicy Podwórkowej „Cztery Pory Roku” oraz z Regulaminem projektu PoCUŚ i zobowiązuję się go przestrzegać.

………………………………..……………………………….…………………………

Podpisy obojga rodziców/opiekunów prawnych

|  |  |
| --- | --- |
| **Data rozpoczęcia udziału w projekcie** (wypełnia wychowawca) |  |

………………………………………..

Podpis wychowawcy