***Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie***

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU**

DANE WNIOSKODAWCY: **GMINA BESTWINA**

TYTUŁ PROJEKTU: **„Bestwina - edukacja w przyszłość”**

PODDZIAŁANIE: **11.1.4 RPO WSL 2014-2020**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane uczestnika**  **DZIECKA** | **1** | **Imię** |  |
| **2** | **Nazwisko** |  |
| **3** | **PESEL** |  |
| **Dane kontaktowe uczestnika** | **1** | **Gmina** |  |
| **2** | **Miejscowość** |  |
| **3** | **Ulica** |  |
| **4** | **Nr budynku** |  |
| **5** | **Nr lokalu** |  |
| **6** | **Kod pocztowy** |  |
| **7** | **Telefon kontaktowy do rodzica/opiekuna prawnego** |  |
| **8** | **Adres e-mail do rodzica/opiekuna prawnego** |  |
| **Szczegóły  i rodzaj wsparcia** | **1** | **Data rozpoczęcia udziału w projekcie** |  |
| **2** | **Data zakończenia udziału w projekcie** |  |
| **3** | **Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia** |  |
| **Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu** | **1** | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia** | **TAK/NIE** |
| **2** | **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | **TAK/NIE** |
| **3** | **Osoba z niepełnosprawnościami\*** | **TAK/NIE** |
| **4** | **Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione)** | **TAK/NIE** |
| **Dodatkowe informacje o dziecku** | **1** | **Czy dziecko ma specjalne potrzeby żywieniowe?\*\*** | **TAK/NIE** |

*Bestwina, ……………….. WRZEŚNIA 2020* ..……...…………………………………….………..

*(miejscowość, data) (podpis rodzica/opiekuna prawnego dziecka )*

*\*W przypadku niepełnosprawności dziecka, proszę o dostarczenie orzeczenia o niepełnosprawności.*

*\*\*W przypadku specjalnych potrzeb żywieniowych dziecka, proszę o dostarczenie zaświadczenia lekarskiego określającego potrzeby żywieniowe dziecka.*