

„Komputerowy zawrót głowy”

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIECKA NA LETNIE WARSZTATY (dzieci w wieku od 7 do 16 lat z terenu Parafii p.w. Chrystusa Króla Wszechświata)

Wypełniony i podpisany formularz należy złożyć do 5 czerwca br. do godziny 19.00 w Kancelarii Parafii Rzymskokatolickiej p.w. Chrystusa Króla Wszechświata lub Zespole Szkół w Dołujach.

Data złożenia formularza:	Godzina złożenia formularza:
---------------------------	------------------------------

I. Dane osobowe dziecka

Dane dziecka	
imię/imiona	
nazwisko	
PESEL	
data urodzenia	
miejsce urodzenia	
Adres zamieszkania dziecka	
kod pocztowy	
miejsowość	
ulica	
nr domu	
nr mieszkania	
telefon	

II.



i. Dane osobowe rodziców/opiekunów prawnych

	matka/opiekun prawny	ojciec/opiekun prawny
imię		
nazwisko		
PESEL		
NIP		

ii. Inne informacje i dane o dziecku

Kryteria podstawowe (przy każdym kryterium proszę zaznaczyć właściwy kwadrat)

TAK	NIE	dziecko zamieszkujące/uczące się na terenie Parafii Chrystusa Króla Wszechświata
TAK	NIE	dziecko objęte pomocą społeczną
TAK	NIE	dziecko niepełnosprawne
TAK	NIE	dziecko z rodziny wielodzietnej (troje i więcej dzieci)
TAK	NIE	dziecko mające problemy w nauce

iii.

IV. Kryteria dodatkowe (przy każdym kryterium proszę zaznaczyć właściwy kwadrat)

oboje pracują jedno pracuje żadne nie pracuje	status zawodowy rodziców dziecka
Dziecko aktywnie działające na rzecz społeczności lokalnej	
TAK NIE	
Jeżeli tak, to w jaki sposób (proszę o podanie przykładów działalności na Recz Parafii, szkoły, miejscowości)	
.....	
.....	
.....	
.....	



TAK	NIE	dziecko będzie korzystać z refundowanego dojazdu na warsztaty
-----	-----	---

V. Oświadczenia dotyczące treści zgłoszenia i ochrony danych osobowych.

- A. Uprzedzeni o odpowiedzialności karnej z art. 233 k.k. oświadczamy, że podane powyżej dane są zgodne ze stanem faktycznym.
- B. Zobowiązujemy się w okresie od 18 do 25 czerwca 2009 r. pisemnie potwierdzić wole udziału w projekcie, do którego dziecko zostało zakwalifikowane. W przypadku braku potwierdzenia wyrażamy zgodę na wykreślenie dziecka z listy zakwalifikowanych na półkolonie.

.....
 (podpis matki) (podpis ojca) lub (podpisy opiekunów prawnych)

Zgodnie z art. 23 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 ze zm.) wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie danych osobowych zawartych w/w formularzu przez Stowarzyszenie „Razem” na potrzeby rekrutacji, monitoringu, kontroli i ewaluacji projektu „Komputerowy zawrót głowy”.

.....
 (podpis matki) (podpis ojca) lub (podpisy opiekunów prawnych)

Jestem świadomy/a, że koszt uczestnictwa mojego dziecka w Projekcie pokrywany jest w całości ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa. W związku z tym jako opiekun uczestnika projektu zobowiązuję się do :	
<input type="checkbox"/> systematycznego przyprawdzania dziecka na zajęcia , <input type="checkbox"/> wypełnienia ankiety oceniającej projekt,	<input type="checkbox"/> poddania się po 6 miesiącach od zakończenia programu badaniu ankietowemu dotyczącemu wpływu realizacji projektu na uczestników szkoleń
<p>..... (podpis matki) (podpis ojca) lub (podpisy opiekunów prawnych)</p>	

Miejscowość, dnia

