

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DLA DZIECI / MŁODZIEŻY
„MIĘDZYPOKOLENIOWE CENTRUM AKTYWIZACJI LOKALNEJ”**

Data wpływu formularza do Biura Projektu	
Liczba przyznanych punktów w dodatkowych kryteriach rekrutacyjnych	
/ wypełnia Koordynator projektu /	

DANE OSOBOWE DZIECKA			
Imię (imiona)			
Nazwisko			
Data urodzenia (dd-mm-rrrr)		Wiek	

ADRES ZAMIESZKANIA DZIECKA	
Ulica	
Nr domu	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Miejscowość	

DANE KONTAKTOWE RODZICA / OPIEKUNA	
Imię i nazwisko	
Telefon	
Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

JESTEM ZAINTERESOWANA/NY UDZIAŁEM MOJEGO DZIECKA W MIĘDZYPOKOLENIOWYCH WARSZTATACH TEMATYCZNYCH (proszę oznaczyć znakiem X)	
<input type="checkbox"/>	WARSZTATACH RĘKODZIEŁA ARTYSTYCZNEGO
<input type="checkbox"/>	WARSZTATACH FOTOGRAFICZNYCH
<input type="checkbox"/>	WARSZTATACH KULINARNYCH
<input type="checkbox"/>	WARSZTATACH TANECZNYCH
<input type="checkbox"/>	WARSZTATACH TEATRALNYCH
Uwagi, prośby i sugestie dotyczące organizacji warsztatów (np. godziny, terminy zajęć itp.):	
.....	
.....	
.....	

DANE DODATKOWE - kryteria rekrutacyjne dodatkowe / mierzalne (proszę oznaczyć znakiem X)	uzyskana punktacja
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą o niskich dochodach (dochód poniżej progu ubóstwa określonego w rozporządzeniu Rady Ministrów z 17.07.2012 w sprawie zweryfikowanych kryteriów dochodowych oraz kwot świadczeń pieniężnych z pomocy społecznej i art.9 ust.8 ustawy z 12.03.2004 o pomocy społecznej)	
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą korzystającą ze świadczeń pomocy społecznej	
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że jestem osobą zamieszkujejącą na terenach wiejskich	
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że moje dziecko zainteresowane uczestnictwem w projekcie jest osobą z niepełnosprawnościami Proszę o wpisanie ewentualnych potrzeb dotyczących realizacji projektu, które wynikają z posiadanej niepełnosprawności	

DODATKOWE OŚWIADCZENIA (proszę oznaczyć znakiem X)
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie „Międzypokoleniowe Centrum Aktywizacji Lokalnej” oraz akceptuję wszystkie jego postanowienia
<input type="checkbox"/> Deklaruję uczestnictwo w badaniach ankietowych i ewaluacyjnych na potrzeby projektu
<input type="checkbox"/> Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka dla potrzeb realizacji projektu, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2014 poz. 1182 z późn. zm.)
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że wszystkie zawarte w niniejszym formularzu dane, na podstawie których moje dziecko zostanie zakwalifikowane do projektu są prawdziwe
<input type="checkbox"/> Oświadczam, że zostałam/łem poinformowana o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą

.....
/ data i podpis rodzica / opiekuna /

DO FORMULARZA REKRUTACYJNEGO ZAŁĄCZAM (proszę oznaczyć znakiem X załączniki, które zostają złożone wraz z formularzem rekrutacyjnym)
<input type="checkbox"/> Kopia orzeczenia o niepełnosprawności lub równoważnego np. lekarza orzecznika ZUS lub orzeczenia o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów, orzeczenia o stanie zdrowia, opinii itp. (w przypadku osób z niepełnosprawnościami)