



Załącznik nr 3  
do Regulaminu rekrutacji

Data wpływu :	
Godzina:	
Numer	
Podpis	

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA DZIECKA NA ZAJĘCIA POZALEKCYJNE ODBYWAJĄCE SIĘ  
W RAMACH PROJEKTU „SUKCES ROSNIE Z NAMI” w ramach indywidualizacji procesu nauczania  
i wychowania w klasach I- III szkół podstawowych w Zabrze**

1. Dane uczestnika projektu:

<b>Dane uczestnika</b>	1.	Imię (imiona)		
	2.	Nazwisko		
	3.	Płeć	kobieta	<input type="checkbox"/>
			mężczyzna	<input type="checkbox"/>
	4.	Wiek w chwili przystępowania do projektu		
5.	PESEL			
<b>Dane kontaktowe</b>	6.	Ulica		
	7.	Nr domu		
	8.	Nr lokalu		
	9.	Miejscowość		
	10.	Obszar	miejski	<input type="checkbox"/>
			wiejski	<input type="checkbox"/>
	11.	Kod pocztowy		
	12.	Województwo		
	13.	Powiat		
	14.	Telefon stacjonarny		
	15.	Telefon komórkowy		
	16.	Adres poczty elektronicznej (e-mail)		
	17.	Data rozpoczęcia udziału w projekcie		
18.	Data zakończenia udziału w projekcie			

**„SUKCES ROŚNIE Z NAMI!”**

Projekt realizowany z Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



<b>Dane dodatkowe</b>	19.	Nazwa i nr obecnej szkoły	
	20.	Klasa	

2. Deklaruję udział mojej córki/syna\* w następujących pozalekcyjnych zajęciach:

*Proszę zaznaczyć odpowiedni pole znakiem X. Jedna osoba może uczęszczać na kilka zajęć.*

*Zajęcia będą odbywać się w okresie od IX 2012 do VI 2013*

1.zajęcia dla dzieci ze specyficznymi trudnościami w czytaniu i pisaniu zagrożonych ryzykiem dysleksji	
2. zajęcia dla dzieci z trudnościami w zdobywaniu umiejętności matematycznych	
3. zajęcia logopedyczne i zaburzeń rozwoju mowy	
4. gimnastyka korekcyjna dla dzieci z wadami postawy	
5.zajęcia rozwijające zainteresowania uczniów szczególnie uzdolnionych ze szczególnym uwzględnieniem nauk matematyczno- przyrodniczych	
6. zajęcia rozwijające zainteresowania uczniów szczególnie uzdolnionych artystycznie -teatr	
7.zajęcia socjoterapeutyczne i psychoedukacyjne dla dzieci z zaburzeniami komunikacji społecznej	
8. muzykoterapia	
9. zajęcia specjalistyczne ruchowe metodą Integracji Sensorycznej	

Prawdziwość podanych przeze mnie informacji potwierdzam własnoręcznym podpisem

.....  
(data i czytelny podpis rodzica/opiekuna)

\_\_\_\_\_

**„SUKCES ROŚNIE Z NAMI!”**

Projekt realizowany z Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego



### **Oświadczenie Rodzica/Opiekuna Prawnego**

Oświadczam, iż w przypadku przyjęcia mojego dziecka do zajęć realizowanych w ramach Projektu, zobowiązuję się do tego, że moje dziecko będzie systematycznie uczestniczyć w zajęciach Projektu oraz sumiennie wykonywać wszystkie zadania. Ponadto oświadczam, że stan zdrowia dziecka umożliwi udział w zajęciach i będę ponosić pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo swojego dziecka w drodze do miejsca oraz z miejsca odbywania zajęć.

.....

( data i czytelny podpis rodzica/ opiekuna )