

Załącznik nr 1 do umowy

KARTA UCZESTNIKA

L.P.	NAZWA
1	TYTUŁ PROJEKTU: Przyjazne przedszkola - wsparcie edukacyjne dzieci i nauczycieli w Gminie Jabłonna
2	NR PROJEKTU: RPMA.10.01.04-14-c500/19-00
3	Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany Projekt: n/d
4	Działanie, w ramach którego jest realizowany Projekt: 10.1
5	Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany Projekt: 10.1.4

	L.P.	NAZWA	DANE UCZESTNIKA (DZIECKO)
Dane uczestnika	1	Imię	
	2	Nazwisko	
	3	Płeć	
	4	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
	5	PESEL	
	6	Wykształcenie	<i>Nie dotyczy</i>
Dane kontaktowe	7	Ulica	
	8	Nr domu	
	9	Nr lokalu	
	10	Miejscowość	
	11	Obszar	
	12	Kod pocztowy	
	13	Województwo	
	14	Powiat	
	15	Tel. stacjonarny	
	16	Tel. komórkowy	
Dane dodatkowe	17	e-mail	
	18	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<i>Nieaktywny zawodowo</i>
	19	Rodzaj przyznanego wsparcia	<input type="checkbox"/> Zajęcia specjalistyczne: zajęcia ruchowe z elementami integracji sensorycznej – zajęcia ruchowe (120H) w OWP CHOTOMÓW. <input type="checkbox"/> Zajęcia specjalistyczne: zajęcia ruchowe z elementami integracji sensorycznej - terapia ręki (120H) w OWP CHOTOMÓW. <input type="checkbox"/> Zajęcia terapeutyczne z psychologiem (50H) w OWP CHOTOMÓW. <input type="checkbox"/> Zajęcia specjalistyczne dla dzieci ze spektrum autyzmu (240H) w OWP JABŁONNA. <input type="checkbox"/> Zajęcia terapeutyczne z psychologiem (50H) w OWP JABŁONNA.

		<input type="checkbox"/> Zajęcia specjalistyczne integracji sensorycznej (760H) w OWP JABŁONNA. <input type="checkbox"/> Zajęcia dodatkowe z zakresu efektywnej nauki (40H) w OWP CHOTOMÓW. <input type="checkbox"/> Zajęcia dodatkowe z zakresu treningu umiejętności społecznych (40H) w OWP CHOTOMÓW. <input type="checkbox"/> Zajęcia dodatkowe z zakresu arterapii (40H) w OWP CHOTOMÓW. <input type="checkbox"/> Zajęcia dodatkowe z zakresu efektywnej nauki (40H) w OWP JABŁONNA. <input type="checkbox"/> Zajęcia dodatkowe z zakresu treningu umiejętności społecznych (40 H) w OWP JABŁONNA. <input type="checkbox"/> Zajęcia dodatkowe z zakresu arterapii (40H) w OWP JABŁONNA.
20	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
21	Data zakończenia udziału w projekcie	
22	Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	
23	Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Osi Priorytetowych Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, tj. osoba fizyczna z woj. mazowieckiego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
24	Posiadanie statusu osoby niepełnosprawnej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
25	Dziecko z dysfunkcjami/deficytami?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
26	Liczba dysfunkcji	
	Rodzina wielodzietna	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI
27	Rodzina o niskich dochodach	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI



Rzeczpospolita
Polska



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Data i podpis (czytelnie imię i nazwisko opiekuna prawnego dziecka):

.....