



Projekt pn. „Rozwiń skrzydła” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego+

Załącznik Nr 1b
do Regulaminu określającego zasady rekrutacji
i uczestnictwa w Zadaniu 1: Przystanek „Rozwiń
skrzydła” projektu pn.: „Rozwiń skrzydła”

Formularz zgłoszeniowy
do udziału w projekcie „Rozwiń skrzydła”
Zadanie 1: Przystanek „Rozwiń skrzydła”
(dla rodziców/opiekunów)

Udział w projekcie jest bezpłatny. Uczestnicy/uczestniczki, którzy/które zgłoszą chęć uczestnictwa i zostaną zakwalifikowani/zakwalifikowane do projektu, zostaną objęci wsparciem w ramach projektu.

(Proszę wypełnić czytelnie formularz poprzez wpisanie danych w kolumnie obok, po prawej stronie).

I. Dane kandydata/kandydatki do projektu

1. Dane osobowe

Nazwisko	
Imię/Imiona	
Data urodzenia	
PESEL	
Obywatelstwo	
Płeć	
Wykształcenie	

2. Dane kontaktowe

(w sytuacji, gdy kandydat/kandydatka nie ukończył / nie ukończyła 18 roku życia, należy podać dane dotyczące telefonu kontaktowego i adresu e-mail do rodzica / opiekuna prawnego):

Kraj	
Województwo	



Projekt pn. „Rozwiń skrzydła” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego+

Powiat	
Gmina	
Miejscowość	
Ulica	
Nr budynku	
Nr lokalu	
Kod pocztowy	
Telefon kontaktowy do uczestnika / uczestniczki / rodzica / opiekuna prawnego	
E-mail do uczestnika / uczestniczki / rodzica / opiekuna prawnego	

3. Dane dodatkowe

(proszę wpisać TAK lub NIE w kolumnie obok, po prawej stronie):

Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	miejski _____ wiejski _____
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej	
Osoba obcego pochodzenia, cudzoziemiec	
Osoba z krajów trzecich (spoza UE)	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	
Osoba z niepełnosprawnościami	



Projekt pn. „Rozwiń skrzydła” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego+

Osoba ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi i rozwojowymi	
--	--

II. Kryteria rekrutacji

1. Dokument kwalifikujący do udziału w projekcie (kryteria dotyczą dziecka/wychowanka)

(proszę wpisać TAK lub NIE w kolumnie obok, po prawej stronie):

Orzeczenie o niepełnosprawności	
Opinia z poradni psychologiczno-pedagogicznej	
Zaświadczenie/opinia od specjalisty o stanie zdrowia dziecka	

2. Kryteria preferowane (kryteria dotyczą dziecka/wychowanka)

(proszę wpisać TAK lub NIE w kolumnie obok, po prawej stronie):

Znaczny lub umiarkowany stopień niepełnosprawności	
Niepełnosprawność sprzężona	
Choroba psychiczna	
Niepełnosprawność intelektualna	
Całościowe zaburzenia rozwojowe (w rozumieniu zgodnym z Międzynarodową Statystyczną Klasyfikacją Chorób i Problemów ICD 10)	
Korzystanie z Programu Fundusze Europejskie na Pomoc Żywnościową 2021-2027 (FE PŻ)	



Projekt pn. „Rozwiń skrzydła” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego+

Dzieci wychowujące się poza rodziną biologiczną	
---	--

3. Kryteria dodatkowe

Inne dysfunkcje, deficyty, problemy (proszę wskazać jakie)	
--	--

III. Wybór formy wsparcia

(proszę zaznaczyć właściwe poprzez wpisanie znaku X w kolumnie obok, po prawej stronie):

Wsparcie terapeuty środowiskowego / terapeutki środowiskowej dla rodzica/opiekuna	
Wsparcie psychologiczne dla rodzica/opiekuna	
Konsultacje logopedyczne dla rodzica/opiekuna	
Konsultacje ze specjalistą / specjalistką integracji sensorycznej dla rodzica/opiekuna	

Data i podpis rodzica / opiekuna prawnego:

Częstochowa, _____

Dyrektor
Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej
w Częstochowie
(-) Małgorzata Mruszczyk