



## „Innowacyjne wsparcie szkół uwzględniające specjalne potrzeby edukacyjne uczniów”

### FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZNIWA

#### PROSZĘ WYPEŁNIĆ FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DRUKOWANYMI LITERAMI

Deklaruję udział w bezpłatnym 5 semestralnym projekcie edukacyjnym pt.: „Innowacyjne wsparcie szkół uwzględniające specjalne potrzeby edukacyjne uczniów” -  TAK  NIE

Dane ucznia - poniższą część wypełnia rodzic/opiekun\* prawny ucznia

Imię (imiona) i nazwisko ucznia: .....Wiek:.....

Data urodzenia (dzień/miesiąc/rok):.....

PESEL:.....

Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo):.....

Wykształcenie:  podstawowe

Pełna nazwa i adres szkoły, do której uczeń uczęszcza:.....

Profil klasy i symbol (np. I A):.....

Pełen adres zamieszkania (ulica, nr domu, lokalu, nazwa miejscowości, kod pocztowy):.....

Obszar:  miejski  wiejski Gmina:.....

Powiat:.....

Województwo:.....



PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO

Adres mailowy:.....

Telefon stacjonarny wraz z numerem kierunkowym (rodzica/opiekuna\*):.....

.....

Telefon komórkowy (rodzica/opiekuna\*):.....

Oświadczam, iż jestem świadomy(a) odpowiedzialności za podanie w niniejszym formularzu nieprawdziwych danych. Prawdziwość podanych informacji poświadczam własnoręcznym podpisem. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych przez **pwn.pl Sp. z o.o.** we Wrocławiu w zakresie niezbędnym do rekrutacji i realizacji Projektu pt.: „**Innowacyjne wsparcie szkół uwzględniające specjalne potrzeby edukacyjne uczniów**”

W przypadku uczestnictwa w projekcie pt.: „**Innowacyjne wsparcie szkół uwzględniające specjalne potrzeby edukacyjne uczniów**” wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zbieranych w związku z monitorowaniem realizacji programów w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych, Dz.U. z 2002r., Nr 101, poz. 926 z późn.zm.

Ponadto zobowiązuję się jako rodzic/opiekun prawny\* do wypełniania ankiet związanych z realizacją i oceną projektu oraz monitorowaniem jego rezultatów w okresie uczestnictwa w projekcie.

Oświadczam, iż moje dziecko/podopieczny\* nie korzysta z identycznych form wsparcia w ramach innych projektów współfinansowanych ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

....., dnia.....20.....r.  
miejsowość data

.....  
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego\*

\*-niepotrzebne skreślić



**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



---

**PROJEKT WSPÓŁFINANSOWANY ZE ŚRODKÓW UNII EUROPEJSKIEJ W RAMACH EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO**