Załącznik 1

|  |  |
| --- | --- |
| ***Formularz zgłoszeniowy*** | |
| **Tytuł projektu** | ***Dbamy o zdrowie - program profilaktyki wad postawy u dzieci*** |
| **Numer projektu:** | **RPLU.11.02.00-06-0083/18-00** |
| **Priorytet Inwestycyjny:** | Oś Priorytetowa 11 Wyłącznie społeczne |
| **Działanie:** | 11.2 Usługi społeczne i zdrowotne |
| **Data rozpoczęcia udziału w projekcie** *(uzupełnia SPZOZ we Włodawie)* |  |
| **Data zakończenia udziału w projekcie**  *(uzupełnia SPZOZ we Włodawie)* |  |
| **Data rozpoczęcia udziału we wsparciu**  *(uzupełnia SPZOZ we Włodawie)* |  |
| **Data zakończenia udziału we wparciu**  *(uzupełnia SPZOZ we Włodawie)* |  |
| **Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa** *(uzupełnia SPZOZ we Włodawie)* | □ tak  □ nie |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I. DANE UCZESTNIKA PROJEKTU** | | | |
|  | **Lp.** | **Nazwa** |  |
| **Dane osobowe uczestnika projektu** | 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | Płeć | □ Kobieta  □ Mężczyzna |
| 4 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| 5 | PESEL |  |
| 6 | Nazwa szkoły |  |
| **Dane kontaktowe uczestnika projektu** | 7 | Ulica, Nr domu/Nr lokalu |  |
| 8 | Miejscowość |  |
| 9 | Gmina |  |
| 10 | Kod pocztowy |  |
| 11 | Województwo |  |
| 12 | Powiat |  |
| 13 | Obszar | □ Miejski  □ Wiejski |
| 14 | Telefon kontaktowy |  |
| 15 | Adres poczty elektronicznej |  |
|  | 16 | Przynależność do mniejszości narodowej/etnicznej. Migrant osoba obcego pochodzenia. | □ Tak  □ odmowa podania informacji  □ Nie |
| 17 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | □ Tak  □ Nie |
| 18 | Osoba z niepełnosprawnościami | □ Tak  □ odmowa podania informacji  □ Nie |
| 19 | Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej) | □ Tak  □ odmowa podania informacji  □ Nie |
| **Dane kontaktowe rodzica/opiekuna prawnego** | 20 | Imię |  |
| 21 | Nazwisko |  |
| 22 | Ulica, Nr domu/Nr lokalu |  |
| 23 | Miejscowość |  |
| 24 | Gmina |  |
| 25 | Kod pocztowy |  |
| 26 | Województwo |  |
| 27 | Powiat |  |
| 28 | Obszar | □ Miejski  □ Wiejski |
| 29 | Telefon kontaktowy |  |
| 30 | Adres poczty elektronicznej |  |

…................................................................................

*Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego ucznia*