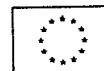




**KAPITAŁ LUDZKI**  
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

**UNIA EUROPEJSKA**  
EUROPEJSKI  
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków  
Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

**KARTA ZGŁOSZENIA DZIECKA  
DO DODATKOWEJ GRUPY NA ROK SZKOLNY ..... / .....**

Proszę o przyjęcie mojego dziecka do dodatkowej grupy utworzonej w Przedszkolu Miejskim w Rucianem – Nidzie w ramach projektu pn. „Wyrównywanie szans dla najmłodszych z Przedszkolem w Rucianem – Nidzie III” / Nr POKL.09.01.01-28-008/13 realizowanego przez Gminę Ruciane – Nida w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki na lata 2007 – 2013.

**DANE DOTYCZĄCE DZIECKA:**

Imię i nazwisko dziecka	Adres zameldowania	Data urodzenia / PESEL

**DANE DOTYCZĄCE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH:**

	Matka	Ojciec
Imię		
Nazwisko		
Adres zameldowania		
Telefon kontaktowy		
Miejsce pracy: podać zakład pracy; ewentualnie wpisać samozatrudnienie, bezrobotny, rolnik itp.		

**KRYTERIA REKRUTACJI**, jeżeli liczba zgłoszeń przekroczy liczbę miejsc o przyjęciu decydować będą poniższe kryteria:  
(proszę wskazać)

Lp.	Kryterium	Wskazanie
1.	dziecko zameldowane na terenach wiejskich gminy-55pkt	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE
2.	kontynuacja edukacji-55pkt	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE
3.	oczekiwanie na przyjęcie z poprzedniego roku szk.-15pkt	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE

4.	matka / ojciec niepełnosprawny / niezdolny do pracy / samodzielnej egzystencji-15pkt.*	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE
5.	matka / ojciec bezrobotny-5pkt.*	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE
6.	rodzina objęta wsparciem pomocy społ.-5pkt.*	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE
7.	wielodzietna rodzina-5pkt.**	<input type="checkbox"/> TAK / <input type="checkbox"/> NIE
8.	zamieszkanie najbliższej Przedszkola-5pkt.***	... km

\* Proszę dołączyć kserokopię dokumentu potwierdzającego niniejszy fakt.

\*\* Min. 3 dzieci w rodzinie. Proszę wskazać imiona i nazwiska, daty urodzenia dzieci:

1. ....
2. ....
3. ....
- ...

\*\*\* Dotyczy dzieci spoza Rucianego – Nidy.

### JESTEM ZAINTERESOWANY, ABY MOJE DZIECKO KORZYSTAŁO

(proszę zaznaczyć)

- ☐ z dowozu do Przedszkola Miejskiego w Rucianem – Nidzie,  
☐ z wyżywienia (obiady).

### DODATKOWE WAŻNE INFORMACJE O DZIECKU:

np. stałe choroby, alergie itp.:

.....  
.....

### ZOBOWIĄZUJĘ SIĘ DO:

- przestrzegania postanowień Statutu Przedszkola oraz Zasad rekrutacji i udziału w projekcie pn. „Wyrównywanie szans dla najmłodszych z Przedszkolem w Rucianem – Nidzie III”,
- podawania do wiadomości Kierownika projektu / Dyrektora Przedszkola jakichkolwiek zmian w podanych wyżej informacjach,
- uczestniczenia w zebraniach rodziców,
- powiadomienia Kierownika projektu / Dyrektora Przedszkola o rezygnacji z udziału dziecka w projekcie w ramach dodatkowej grupy za dwutygodniowym wypowiedzeniem ze skutkiem na koniec miesiąca.

### INFORMACJE DOTYCZĄCE DANYCH OSOBOWYCH DZIECKA I JEGO RODZINY

są zebrane w celu poznania sytuacji rodzinnej dziecka oraz szybkiego kontaktu w nagłych okolicznościach. Zebrane dane są wykorzystywane na potrzeby rekrutacji dziecka do Przedszkola Miejskiego w Rucianem – Nidzie do dodatkowej grupy. Dostęp do tak zebranych danych mają tylko osoby zobowiązane do zachowania tajemnicy służbowej. Na zebranie powyższych danych o dziecku i jego rodzinie **WYRAŻAM ZGODĘ**.

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

....., dnia ... / ... / 20...r.  
(miejscowość, data)

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

*Kartę zgłoszenia dziecka do Przedszkola Miejskiego w Rucianem – Nidzie do dodatkowej grupy proszę pozostawić w Biurze projektu zlokalizowanym w Sekretariacie Przedszkola Miejskiego (adres: ul. Gwarna 2, 12-220 Ruciane – Nida, tel./fax. 087 4236-441).*