  

**D E K L A R A C J A U C Z E S T N I C TWA W P R O J E K C I E**

**Przedszkole „Sowa” w Stadnickiej Woli**

numer identyfikacyjny : RPSW.08.03.01 -26-0006/17

**Imiona i nazwisko dziecka** ......................................................................................................

Adres zamieszkania: gmina ............................. ……; miejscowość ....................................

ulica ................................................................................... ; nr domu .................................

kod pocztowy (poczta) .................................................... ; powiat ........................................

Data i miejsce urodzenia: \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ w …………………………………….

PESEL ....................................................... ;

Wiek w chwili przystąpienia do projektu ............................. lat

Data przystąpienia do projektu : \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

**Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu:** (zaznaczyć X lub wpisać nie dotyczy)

|  |  |
| --- | --- |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej. |  |
| Osoba z niepełnosprawnościami.  |  |
| Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących.  |  |
| Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu.  |  |
| Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej).  |  |

**Dane kontaktowe dotyczące rodziców (prawnych opiekunów):**

Imiona i nazwisko(ska) rodziców ……………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………

Adres w układzie jak wyżej *(podać jeśli inny niż dziecka*) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Numer telefonu kontaktowego……………………………………………………………

Adres e-mail ……………………………………………………………………………….

…Stadnicka Wola ……………….……. ………………………………………

 *(miejscowość data) (czytelny podpis rodzica lub opiekuna)*