



FORMULARZ ZAPISU*

do projektu pn. „*Bobolandia II*”

	Lp.	Nazwa
Dane o uczestniku projektu	1	Imię (imiona) uczestnika projektu
	2	Nazwisko uczestnika projektu
	3	Pesel
	4	Płeć
		Wiek w chwili przystąpienia do projektu
	5	Wykształcenie (proszę o zaznaczenie obok krzyżykiem) Niższe niż podstawowe Podstawowe Gimnazjalne Ponadgimnazjalne Policealne Wyższe
Adres zamieszkania	6	Ulica i nr domu
	7	Miejscowość i kod pocztowy
	8	Gmina, powiat i województwo
Dane kontaktowe	9	Telefon domowy
	10	Telefon komórkowy
	11	Adres poczty elektronicznej
	12	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu (proszę o zaznaczenie obok krzyżykiem) Osoba bezrobotna niezarejestrowana w ewidencji urzędu pracy Osoba bezrobotna zarejestrowana w ewidencji urzędu pracy Osoba bierna zawodowo Osoba pracująca

	13	Wykonywany zawód
	14	Zatrudniony w (miejsce zatrudnienia, adres)
	15	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia Tak Nie Odmowa podania informacji
	16	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań Tak Nie
	17	Osoba z niepełnosprawnością Tak Nie Odmowa odpowiedzi
	18	Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących Tak Nie w tym w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na jej utrzymaniu Tak Nie
	19	Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu Tak Nie
	20	4. Osoba w rodzinie o niekorzystnej sytuacji społecznej – inne niż wymienione powyżej Tak Nie Odmowa podania informacji
Pola wypełnia organizator projektu		Data rozpoczęcia udziału w projekcie
		Data zakończenia udziału w projekcie
		Sytuacja osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie
Dane podstawowe o dziecku	1	Imię (imiona) dziecka
	2	Nazwisko dziecka
	3	Data urodzenia dziecka



	4	PESEL dziecka
	5	Imię i nazwisko rodzica /opiekuna prawnego/ drugiego
Dane dodatkowe	6	Planowany czas pobytu dziecka w żłobku
	7	Pełnoletnie osoby upoważniona/e do odbioru dziecka (po porannym zgłoszeniu lub awaryjnie - telefonicznym) Informacje o stanie zdrowia dziecka: Przebyte choroby zakaźne, urazy, alergie itp. Wskazania bądź przeciwwskazania poradni specjalistycznych wydane w wyniku przeprowadzonych badań lub leczenia szpitalnego Inne uwagi rodziców:

Oświadczam, że przedłożone przeze mnie w niniejszym formularzu informacje są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Data, podpis przyjmującego formularz

.....
Data, czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

* wypełnienie niniejszego formularza jest warunkiem koniecznym uczestnictwa w projekcie.