**Załącznik nr 2 indywidualne porady i konsultacje psychologiczne**

do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

pn. „Zwiększenie jakości edukacji włączającej w sądeckich szkołach”

|  |  |
| --- | --- |
| Data i godzina wpływu: |  |
| Pieczątka szkoły: |  |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**w ramach projektu pn. „Zwiększenie jakości edukacji włączającej w sądeckich szkołach”**

**indywidualne porady i konsultacje psychologiczne**

Ja, niżej podpisany(a), **wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie** pn. „Zwiększenie jakości edukacji włączającej w sądeckich szkołach” realizowanym w ramach Priorytetu 6 Działania 10 Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027

mojego dziecka …………………………………………………………….…………………,   
*(imię i nazwisko kandydata/dziecka)*

.................................................................................................................................................*...........,(adres zamieszkania kandydata/dziecka: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod)*

.............................................................................................................................................................(PESEL kandydata/dziecka)

dla którego jestem opiekunem prawnym.

**Ja, niżej podpisany/a oświadczam, iż:**

1. Zapoznałem się z treścią i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Zwiększenie jakości edukacji włączającej w sądeckich szkołach” przyjętym Zarządzeniem nr 4/2025 Dyrektora Centrum Pozyskiwania Funduszy i Przedsiębiorczości z dnia 12 luty 2025 r.,

Oświadczam, że moje dziecko **uczestniczy / nie uczestniczy** w tym samym czasie w innym projekcie w ramach Programu Funduszu Europejskiego dla Małopolski 2021 – 2027 i/lub Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021 - 2027, w którym przewidziane formy wsparcia dla uczestnika są tego samego rodzaju co w niniejszym Projekcie lub zmierzają do osiągnięcia tego samego celu / korzyści dla uczestnika.

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą i jestem

świadomy/a, że wszelkie nieprawdziwe dane mogą skutkować odmową uczestnictwa mojego dziecka w Projekcie.

2. Moje dziecko *(imię i nazwisko dziecka)* …………………………………………..………….,

nad którym sprawuję opiekę prawną uczęszcza do …….…… klasy placówki (zaznacz właściwe znakiem

|  |  |
| --- | --- |
| Szkoła Podstawowa nr 8 z Oddziałami Integracyjnymi im. Władysława Jagiełły  w Zespole Szkolno-Przedszkolnym nr 8 |  |
| Zespół Szkół Nr 2 im. Sybiraków |  |

3. Moje dziecko/dziecko, nad którym sprawuje opiekę prawną posiada:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zakres** | **Tak** | **Nie** |
| Orzeczenie o niepełnosprawności |  |  |
| Orzeczenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej |  |  |
| Opinię Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej |  |  |
| Opinia psychologa/pedagoga o konieczności objęcia pomocą psychologiczno-pedagogiczną |  |  |

**Uwaga:** w przypadku zaznaczenia opcji „Tak” należy przedłożyć wydane orzeczenia i/lub opinie PP do wglądu, w przypadku opinii psychologa/pedagoga należy do formularza dołączyć załącznik nr 9 Regulaminu.

Deklaruję konieczność objęcia mojego dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczną (zaznacz właściwe znakiem „x”)

|  |  |
| --- | --- |
| Tak |  |
| Nie |  |

Deklaruje chęć udziału w zajęciach[[1]](#footnote-1) **mojego dziecka:**

|  |  |
| --- | --- |
| Konsultacje indywidualne – psycholog |  |
| Porady indywidualne – psycholog |  |

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

*Miejscowość i data czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego*

1. Proszę zaznaczyć znakiem X wybrane zajęcia adekwatne dla szkoły właściwej dla miejsca pobierania nauki [↑](#footnote-ref-1)