|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY** |
| **DANE DOTYCZĄCE MATKI** |
| 1. Imię | Nazwisko
 |
| 1. Data urodzenia
 |
| 1. PESEL
 |
| 1. Płeć

□ Kobieta □ Mężczyzna |
| 1. Adres zamieszkania
 |
| 1. Dzielnica zamieszkania

 □ Białołęka □ Żoliborz □ Targówek □ Śródmieście □ Rembertów □ Wesoła  □ Bielany □ Wola □ Praga Północ □ Ochota □ Mokotów □ Wawer ……………... □ Bemowo □ Ursus □ Praga Południe □ Włochy □ Ursynów □ Wilanów …………... □ Inne …... |
| 1. Kod pocztowy | Miejscowość
 |
| 1. Województwo
 |
| 1. Matka samotnie wychowująca dziecko w wieku 4-12 lat

□ Tak□ Nie |
| 1. Telefon ……………………………………….e-mail
 |
| 1. Wykształcenie

□ Podstawowe□ Gimnazjalne □ Zawodowe □ Średnie □ Policealne □ Wyższe |
| 1. Zatrudnienie

□ Nieaktywny zawodowo □ Poszukujący pracy niezatrudniony □ Bezrobotny□ Zatrudniony ZAZ □ Poszukujący pracy zatrudniony □ Zatrudniony ZPCh□ Zatrudniony na otwartym rynku pracy □ Nie dotyczy |
| 1. Rodzina kwalifikuje się do korzystania ze świadczeń z pomocy społecznej. Może korzystać z pomocy Ośrodków Pomocy Społecznej – w tym edukacja, pomoc nie finansowa.

 □ Tak  □ Nie |
| 1. Rodzina korzysta ze świadczeń pomocy społecznej

 □ Tak  □ Nie |
| 1. Czy rodzina korzysta z pomocy w formie paczek żywnościowych w ramach Programu Operacyjnego Pomoc Żywnościowa 2014-2020

□ Tak □ Nie |
| **DANE DOTYCZĄCE DZIECKA** |
| * 1. Imię | Nazwisko
 |
| * 1. Data urodzenia
 |
| * 1. PESEL
 |
| 4. Płeć  □ Kobieta □ Mężczyzna |
| 1. Adres zamieszkania
 |
| 1. Dzielnica zamieszkania

 □ Białołęka □ Żoliborz □ Targówek □ Śródmieście □ Rembertów □ Wesoła  □ Bielany □ Wola □ Praga Północ □ Ochota □ Mokotów □ Wawer ……………... □ Bemowo □ Ursus □ Praga Południe □ Włochy □ Ursynów □ Wilanów …………...□ Inne …...................................... |
| 1. Kod pocztowy | Miejscowość
 |
| 8. Województwo |
| 1. Stopień niepełnosprawności

 □ Orzeczenie o niepełnosprawności  □ Orzeczenie bez stopnia niepełnosprawności  |
| 1. Rodzaj niepełnosprawności

□ Autyzm □ Zespół Aspergera □ Choroby psychiczne □ Narząd ruchu □ Narząd słuchu □ Niepełnosprawność sprzężona □ Narząd wzroku □ Ogólny stan zdrowia □ Upośledzenie umysłowe  □ Inne ………… |
| 1. Preferowany termin udziału w turnusie

□ Lipiec□ Sierpień□ Bez znaczenia |

***………………………………..……………………………..***

***Data i podpis uczestniczki projektu***

***…………………………………………….***

***Data i podpis osoby przyjmujące***