

KARTA ZGŁOSZENIA – DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

Lp.	Nazwa
1	Tytuł projektu: „ Profilaktyka i leczenie wad kręgosłupa i otyłości u dzieci z klas I-VI szkół podstawowych zachodniego Mazowsza ”
2	Nr umowy: RPMA.09.02.02-14-a133/17-00
3	Priorytet, w ramach którego realizowany jest projekt: IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem
4	Działanie, w ramach którego realizowany jest projekt: 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej
5	Poddziałanie: 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych
6	Okres realizacji Projektu: od 1.09.2018 r. do 30.09.2020 r.

1.A

Dane Uczestnika	1	Imię (imiona)	
	2	Nazwisko	
	3	PESEL	
	4	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna
	5	Data i miejsce urodzenia	
	6	Wiek w chwili przystępowania do projektu`	
Dane kontaktowe	8	Ulica	
	9	Nr domu/ Nr lokalu	
	10	Miejscowość	
	11	Obszar	<input type="checkbox"/> miejski <input type="checkbox"/> wiejski
	12	Kod pocztowy	
	13	Województwo	
	14	Powiat	
	15	Gmina	
	16	Telefon kontaktowy	
	17	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

.....
(podpis Rodzica/Opiekuna)



Fundusze Europejskie
Program Regionalny



Rzeczpospolita Polska

Mazowsze.
serce Polski



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

1.B

Dane uzupełniające	18	Rodzaj przyznanego wsparcia	<input type="checkbox"/> Program zdrowotny
	19	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
	20	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Dane dodatkowe	21	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
	22	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji

.....
(podpis Rodzica/Opiekuna)