



Formularz zgłoszeniowy dla kandydatów do udziału w Projekcie „DOBRY START”

Dane uczestnika	Imię/imiona	
	Nazwisko	
	Data i miejsce urodzenia	
	Płeć:	Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna <input type="checkbox"/>
	PESEL	
Dane kontaktowe	Ulica	
	Nr domu/ Nr lokalu	
	Miejscowość	
	Kod pocztowy	
	Telefon kontaktowy	
Wykształcenie	Brak (brak formalnego wykształcenia)	<input type="checkbox"/>
	Podstawowe (kształcenie ukończone na poziomie szkoły podstawowej)	<input type="checkbox"/>
	Gimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły gimnazjalnej)	<input type="checkbox"/>
	Ponadgimnazjalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły średniej – średnie ogólnokształcące, technikum lub zasadnicze zawodowe)	<input type="checkbox"/>
	Pomaturalne (kształcenie ukończone na poziomie szkoły pomaturalnej)	<input type="checkbox"/>
Kwalifikacja do jednej z grup docelowych	osoby w wieku 14-25 lat, przebywające w pieczy, o których mowa w ustawie z dnia 9 czerwca 2011r. o wspieraniu rodziny i systemie pieczy zastępczej	<input type="checkbox"/>
dodatkowe informacje	Orzeczenie o niepełnosprawności	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
	- stopień niepełnosprawności	
	- rodzaj niepełnosprawności	
	- orzeczenie jest ważne do:	
	Korzystam/korzystałem z pomocy PCPR Jeżeli tak to jaka forma pomocy.	TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>



Dane osobowe opiekuna prawnego/rodzica zastępczego (* uzupełnić w przypadku gdy z wsparcia będzie korzystała osoba niepełnoletnia, przebywająca w pieczy zastępczej)	Imię/imiona	
	Nazwisko	
	Data i miejsce urodzenia	
	Płeć:	Kobieta <input type="checkbox"/>
		Mężczyzna <input type="checkbox"/>
	PESEL	
	Ulica	
	Nr domu/ Nr lokalu	
	Miejscowość	
	Kod pocztowy	
Tel kontaktowy		

.....
czytelny podpis uczestnika projektu