



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Nasze nowe możliwości. Program wyrównywania szans edukacyjnych uczniów niepełnosprawnych ZSO nr 5

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, POKL, Poddziałanie 9.1.2

Załącznik nr 2

DEKLARACJA UDZIAŁU W PROJEKCIE

Projekt: **Nasze nowe możliwości. Program wyrównywania szans edukacyjnych uczniów niepełnosprawnych ZSO nr 5**

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na uczestnictwo mojego syna/mojej córki*

.....
(imię i nazwisko dziecka)

w zajęciach pozaszkolnych o charakterze terapeutycznym:

.....
(wpisać zajęć terapeutycznych)

służących wyrównywaniu dysproporcji edukacyjnych w trakcie procesu kształcenia, w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, Działanie 9.1/Poddziałanie 9.1.2. współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Projektu **Nasze nowe możliwości. Program wyrównywania szans edukacyjnych uczniów niepełnosprawnych ZSO nr 5** realizowanego w okresie od 17 listopada 2014 do 30 czerwca 2015 roku.

Oświadczam, iż syn/córka* zamieszkuje/zamieszkuję* na terenie województwa śląskiego.

Oświadczam, iż spełniam kryteria określone w **WYTYCZNYCH REALIZACJI PROJEKTU Nasze nowe możliwości. Program wyrównywania szans edukacyjnych uczniów niepełnosprawnych ZSO nr 5**. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na poddanie się badaniom wstępnym oraz badaniom ewaluacyjnym w trakcie projektu i zobowiązuję się do udzielania odpowiedzi na pytania zawarte w ankietach.

Świadoma/y odpowiedzialności za podanie nieprawdy, potwierdzam własnoręcznym podpisem prawdziwość danych, zamieszczonych powyżej.

.....
(miejsowość i data)

.....
Podpis rodzica / opiekuna

* niepotrzebne skreślić