

KARTA ZGŁOSZENIOWA – DANE UCZESTNIKA PROJEKTU

Lp.	Nazwa
1	Tytuł Projektu: „ Kompleksowe wsparcie SZPZLO Warszawa Praga-Północ w zakresie otyłości dla dzieci kl. I-VI w woj. Mazowieckim ”
2	Nr Projektu: RPMA.09.02.02-14-b288/18
3	Priorytet Inwestycyjny, w ramach którego jest realizowany Projekt: IX Wspieranie włączenia społecznego i walka z ubóstwem
4	Działanie, w ramach którego jest realizowany Projekt: 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej
5	Poddziałanie, w ramach którego jest realizowany Projekt 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych

	Lp.	Data Nazwa
Dane uczestnika	1	Imię
	2	Nazwisko
	3	Płeć
	4	Wiek w chwili przystępowania do projektu
	5	PESEL
	6	Wykształcenie
Dane kontaktowe	7	Ulica
	8	Nr domu
	9	Nr lokalu
	10	Miejscowość
	11	Obszar
	12	Kod pocztowy
	13	Województwo
	14	Powiat
		Gmina
	15	Telefon stacjonarny
	16	Telefon komórkowy
17	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	

.....
(podpis Rodzica/Opiekuna)

Dane dodatkowe	18	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	<input checked="" type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo (osoba ucząca się)
	19	Rodzaj przyznanego wsparcia	<input type="checkbox"/> Program zdrowotny
	20	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
	21	Data zakończenia udziału w projekcie	
	22	Osoba należąca do mniejszości narodowej/etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
	23	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
	24	Osoba z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji
25	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)