**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

……………………………………………..

*(Imię i nazwisko Uczestnika)*

* Uczeń Nauczyciel

**Oddział Przedszkolny przy Szkole Podstawowej w Świecy**

…………………………………………………………………………………………………...

*(nazwa Przedszkola/Oddziału Przedszkolnego)*

Deklaruję udział w projekcie pn. ***Wsparcie procesów edukacyjnych Ośrodków Wychowania Przedszkolnego na terenie Gminy i Miasta Odolanów*** (nr umowy o dofinansowanie FEWP.06.07-IZ.00-0085/23 z dnia 19 czerwca 2024 r.), współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027, Priorytet 6 Fundusze Europejskie dla Wielkopolski o silniejszym wymiarze społecznym (EFS+), Działanie 6.7 Edukacja przedszkolna, ogólna oraz kształcenie zawodowe.

Oświadczam, że chcę skorzystać z następujących form wsparcia *(można wybrać więcej niż jedną formę):*

1. Zajęcia *(wypełnia rodzic lub opiekun prawny ucznia):*
* logopedyczne,
* terapia ręki,
* plastyczne,
* muzyczno-ruchowe,
* kodowanie na dywanie,
* język angielski.
1. Szkolenia, kursy, warsztaty *(wypełnia nauczyciel):*
* Warsztaty muzyczne „Maluchy rosną nie tylko wiosną”.
* Kurs „Apteczka Pierwszej Pomocy Emocjonalnej”.
* Warsztaty „Uczeń ze specjalnymi potrzebami w szkole i przedszkolu”.
* Szkolenie „Trener umiejętności grafomotorycznych. Zintegrowany Trening Grafomotoryczny.
* Szkolenie „Terapia ręki”.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie pn. Wsparcie procesów edukacyjnych Ośrodków Wychowania Przedszkolnego na terenie Gminy i Miasta Odolanów.

Oświadczam, że otrzymałem i zapoznałam/em się z Klauzulą informacyjną RODO dot. projektu pn. Wsparcie procesów edukacyjnych Ośrodków Wychowania Przedszkolnego na terenie Gminy i Miasta Odolanów.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku *(dot. nauczycieli)*/wizerunku mojego dziecka *(dot. rodziców lub opiekunów prawnych dziecka)* na potrzeby realizacji i promocji projektupn. Wsparcie procesów edukacyjnych Ośrodków Wychowania Przedszkolnego na terenie Gminy i Miasta Odolanów.

 Odolanów, 02.09.2024 r. ………………………………………………..

Miejscowość, data Czytelny podpis (imię i nazwisko)

 nauczyciela/rodzica lub opiekuna prawnego dziecka