



DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

.....
(Imię i nazwisko Uczestnika)

☐ Uczeń

☐ Nauczyciel

Oddział Przedszkolny przy Szkole Podstawowej w Wierzbnie

.....
(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,
- ☐ arteterapia,
- ☐ robotyka,
- ☐ język angielski,
- ☐ gimnastyka korekcyjna.

2. Kursy, studia podyplomowe (wypełnia nauczyciel):

- ☐ Kurs „Terapia ręki”,
- ☐ Kurs „Robotyka i programowanie w przedszkolu”,
- ☐ Kurs „Praca z uczniem cudzoziemcem”,
- ☐ Studia podyplomowe „Diagnoza i terapia pedagogiczna”.



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 otrzymałam 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 projektu pn. 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