Formularz rekrutacyjny projektu „Wsparcie pieczy zastępczej w Powiecie Iławskim”

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DANE OSOBOWE DZIECKA** | | |
| Imię (imiona) |  | |
| Nazwisko |  | |
| PSESEL |  | |
| Data urodzenia |  | |
| Płeć | □ kobieta | □ mężczyzna |
| Obywatelstwo | □ polskie □ obywatel kraju UE □ obywatel kraju spoza UE | |
| Wykształcenie |  | |
| **DANE TELEADRESOWE** | | |
| Kraj |  | |
| Województwo |  | |
| Powiat |  | |
| Gmina |  | |
| Miejscowość |  | |
| Kod pocztowy |  | |
| Telefon |  | |
| Adres e-mail |  | |
| **INFORMACJE DODATKOWE** | | |
| Niepełnosprawność dziecka | □ tak □ nie □ nie chcę podawać informacji | |
| Dziecko przebywające w pieczy powyżej 3 lat | □ tak □ nie | |
| Dziecko posiada opinię/orzeczenie z PPP | □ tak □ nie | |
| Rodzina zastępcza funkcjonująca do 12 miesięcy | □ tak □ nie | |

…………………………………… …………………………………………..

data, czytelny podpis opiekuna data, czytelny podpis dziecka