

.....
Imię i nazwisko uczestnika Projektu

W związku z deklaracją udziału Państwa dziecka w projekcie „**Poprawa oferty edukacyjnej w Szkole Podstawowej im. Tadeusza Kościuszki w Chodczu**” nr **FEKP.08.13-IZ.00-0011/24** realizowanym przez Miasto i Gminę Chodecz w ramach programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027, w okresie od 02.09.2024 r. do 30.06.2026 r., prosimy o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania:

1. Jakich zajęć dotyczy deklaracja udziału w projekcie Państwa dziecka?

- ☐ zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze z j. polskiego
- ☐ zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze z matematyki
- ☐ zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze z j. angielskiego
- ☐ zajęcia rozwijające uzdolnienia w ramach kółka polonistycznego,
- ☐ zajęcia rozwijające uzdolnienia w ramach kółka matematycznego,
- ☐ zajęcia rozwijające uzdolnienia w ramach kółka językowego - j. angielski
- ☐ zajęcia rozwijające uzdolnienia w ramach kółka informatycznego
- ☐ zajęcia rozwijające uzdolnienia w ramach kółka biologiczno-przyrodniczego
- ☐ zajęcia rozwijające uzdolnienia w ramach kółka historycznego
- ☐ zajęcia rozwijające uzdolnienia w ramach kółka sportowego
- ☐ zajęcia rozwijające uzdolnienia w ramach kółka artystycznego
- ☐ zajęcia rozwijające uzdolnienia w ramach kółka teatralnego
- ☐ zajęcia rozwijające uzdolnienia w ramach kółka fizyczno-chemicznego
- ☐ zajęcia logopedyczne
- ☐ zajęcia rozwijające umiejętność uczenia się
- ☐ zajęcia z zakresu integracji sensorycznej
- ☐ doradztwo edukacyjno-zawodowe skierowane do uczniów

2. Co możemy zrobić, aby Państwa dziecko (Uczestnik Projektu) czuł się u nas komfortowo podczas udziału w Projekcie? Proszę zaznaczyć właściwą opcję:

- ☐ dostępność architektoniczna na przykład: wejście na poziomie gruntu, pochylnia, winda
- ☐ przygotowanie materiałów informacyjnych/szkoleniowych wydrukowanych większą czcionką niż standardowa
- ☐ materiały w alfabecie Braille’a
- ☐ tłumacz polskiego języka migowego (PJM)
- ☐ tłumacz systemu językowo-migowego (SJM)
- ☐ pętla indukcyjna
- ☐ wsparcie asystenta na przykład: osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością ruchową



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

- ☐ obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością
- ☐ specjalne potrzeby żywieniowe
- ☐ zapewnienie warunków dla psa asystującego
- ☐ inne (np. wydłużenie czasu wsparcia wynikające z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust itp.)
.....
- ☐ nie zgłaszam żadnych dodatkowych potrzeb.

.....
czytelny podpis rodzica