



Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI LUB INNCH STWIERDZONYCH DEFICYTACH

.....
(imię i nazwisko dziecka)

Proszę podkreślić TAK lub NIE w poniższych opisach:

Dziecko niepełnosprawne	TAK	NIE
Dziecko posiadające orzeczenie z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej	TAK	NIE
Dziecko posiadające opinię z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej	TAK	NIE
Dziecko przewlekle chore	TAK	NIE

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
*CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**

* W przypadku deklaracji uczestnictwa osoby małoletniej oświadczenie powinno zostać podpisane przez jej prawnego opiekuna.

Projekt pt.: " Rozwój i doskonalenie kompetencji kluczowych u dzieci i nauczycieli z przedszkola w Gminie Dąbrowa Białostocka "; Działanie 9.1 Rewitalizacja społeczna i kształtowanie kapitału społecznego, Priorytet inwestycyjny: Strategie rozwoju lokalnego kierowane przez społeczność, Lokalna Grupa Działania: Fundusz Biebrzański. Projekt współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020 Projekt partnerski realizowany przez Gminę Dąbrowa Białostocka i Fundację Akademia Nauki w Białymstoku w okresie 01.03.2018-31.12.2018