****

**DEKLARACJA WYBORU ZAJĘĆ W PROJEKCIE**

Ja, niżej podpisana/y ....................................................................................................................................... jako opiekun prawny

 (imię i nazwisko opiekuna prawnego)

..............................................................................................................klasa...........................deklaruję jej/jego\* udział w projekcie

 (imię i nazwisko ucznia)

**RPMA.10.01.01-14-3910/15-00 pn. „ Szkoła Równych Szans - VI edycja”**

współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego oraz budżetu państwa w Ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020 realizowanego przez Gminę Sarnaki/**Szkoła Podstawowa w Sarnakach  w okresie od 01.09.2016 roku do 31.12.2017 roku.**

**Deklaruję udział mojego dziecka w następujących rodzajach zajęć:**

**1. (główne)**....................................................................................................................................................................................................

**2. (dodatkowe)**..........................................................................................................................................................................................

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

Jednocześnie oświadczam, że…………….............................................................................. spełnia kryteria kwalifikowalności

 (imię i nazwisko ucznia)

uprawniające ją/go\* do udziału w projekcie.

Wyrażam zgodę na publikację wizerunku mojego dziecka w celu promocji realizacji projektu.

Deklaruję udział dziecka w co najmniej 80% zajęć.

Deklaruję wypełnianie ankiet ewaluacyjnych związanych z badaniem wzrostu kompetencji.

Zapoznałem się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w zajęciach Szkoły Równych Szans VI.

.................................................... ....................................................

 (miejscowość i data) (podpis opiekuna prawnego)

\*) Niewłaściwe skreślić