Załącznik 2

Szpital Kliniczny im. Heliodora Święcickiego UM w Poznaniu

ul. Przybyszewskiego 49

60-355 Poznań

Tel.: 61 869 13 87

Fax.: 61 869 16 90

Email.: hejslyszysz@spsk2.pl

**Formularz zgłoszeniowy dotyczący udziału w regionalnym programie zdrowotnym – „Badanie przesiewowe słuchu u młodzieży klas szóstych szkoły podstawowej – Hej słyszysz???”.**

Program zdrowotny jest przeprowadzony w ramach Wielkopolskiego Programu Operacyjnego na lata 2014 – 2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Osi Priorytetowej 7, Działania 7.2. Usługi społeczne i zdrowotne.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Nazwa szkoły |  |
| 2. | Adres szkoły |  |
| 3. | Gmina wiejska | Gmina miejsko -wiejska | Gmina miejska – miasto do 50 000 mieszkańców | Gmina miejska - miasto powyżej 50 000 mieszkańców |
| 4. | Proszę zaznaczyć, w której części województwa znajduje się szkoła |
|  |  |
| 5. | Numer NIP oraz REGON szkoły |  |  |
| 6. | Numer telefonu sekretariatu |  |
| 7. | Adres e-mail sekretariatu |  |
| 8. | Imię i nazwisko Dyrektora szkoły |  |
| 9. | Dane kontaktowe Dyrektora szkoły (numer telefonu oraz adres e-mail) |  |
| 10. | Imię i nazwisko Wicedyrektora szkoły |  |
| 11. | Dane kontaktowe Wicedyrektora szkoły (numer telefonu oraz adres e-mail) |  |
| 12. | Liczba klas szóstych szkoły podstawowej |  |
| 13. | Liczba dzieci uczących się w klasach szóstych szkoły podstawowej(np. 6a – 23 os., 6b – 31 os.) |  |
| 14. | Liczba dzieci z niepełnosprawnością, która w opinii kadry pedagogicznej może wziąć udziału w badaniu(niepełnosprawnością inną niż intelektualna bądź z nieprawidłowościami rozwojowymi i problemami behawioralnymi)(np. 6a – 3 os., 6b – 1 os.) |  |
|  | Powyżej 5 % wszystkich szóstoklasistów | Do 5 % wszystkich szóstoklasistów | Brak |
| 15.  | Liczba dzieci niepełnosprawnych, która w opinii kadry pedagogicznej nie może wziąć udziału w badaniu(np. 6a – 3 os., 6b – 1 os.) |  |
| 16. | Czy brali Państwo udział w programie „Hej słyszysz???” w ubiegłych latach?(Jeżeli tak, proszę uzasadnić chęć ponownego wzięcia udziału w programie) |  |

………………………………. …….……………………………

data i miejscowość podpis osoby upoważnionej