

Formularz zgłoszeniowy do Projektu

„Kształcenie bez granic”

Program Operacyjny RPOWL na lata 2014-2020
Priorytet 12 Edukacja, kwalifikacje i kompetencje
Działanie 12.2 Kształcenie ogólne

Potwierdzam złożenie kompletu dokumentów rekrutacyjnych

Data i godz. wpływu kompletu dokumentów¹:

.....

Podpis osoby przyjmującej dokumenty¹:

wypełnia osoba przyjmująca dokumenty¹

Zaleca się wypełnienie formularza zgłoszeniowego wyłącznie NIEBIESKIM DŁUGOPISEM, DRUKOWANYMI LITERAMI. Wybraną odpowiedź w pytaniach zamkniętych (pola do wyboru) należy zaznaczyć symbolem X we właściwym polu.

I. DANE OSOBOWE DZIECKA*

Imię/Imiona:		Nazwisko:	
PESEL:		Płeć: K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Wiek w chwili przystąpienia do projektu			
Data urodzenia:			
Wykształcenie: podstawowe gimnazjalne			

II. DANE KONTAKTOWE

1. Miejsce zamieszkania:

Kraj		Województwo	
Powiat		Gmina	
Miejscowość		Kod pocztowy	
Ulica <i>(jeżeli miejsce zamieszkania nie posiada nazwy ulicy, proszę podać nazwę miejscowości)</i>		Nr budynku	Nr lokalu
Telefon kontaktowy rodzica		Adres e-mail	

Obszar zamieszkania według stopnia urbanizacji (DEGURBA):

- ☐ **tereny gęsto zaludnione**[miasta, centra miejskie, obszary miejskie, w tym: Chełm, Zamość, Lublin]
- ☐ **tereny pośrednie**[miasta, przedmieścia, w tym: Międzyrzec Podlaski, Terespol, Radzyń Podlaski, Włodawa, Biała Podlaska, Biłgoraj, Hrubieszów, Krasnystaw, Tomaszów Lubelski, Szczepleszyn, Lubartów, Konopnica, Łęczna, Świdnik, Janów Lubelski, Kraśnik, Łuków, Puławy, Dęblin]
- ☐ **tereny słabo zaludnione**[wiejskie, w tym pozostałe gminy województwa lubelskiego]

III.STATUS UCZESTNIKA PROJEKTU W CHWILI PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU

(należy wybrać pasujące odpowiedzi)

- Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia.
☐ *Tak* ☐ *Nie* ☐ *Odmawiam podania informacji*
- Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań.
☐ *Tak* ☐ *Nie*
- Osoba z niepełnosprawnościami.
☐ *Tak* ☐ *Nie* ☐ *Odmawiam podania informacji*
- Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących,
☐ *Tak* ☐ *Nie*
w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu.
☐ *Tak* ☐ *Nie*
- Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu.

- ☐ Tak ☐ Nie
6. Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej).

☐ Tak ☐ Nie ☐ Odmawiam podania informacji

IV. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA KRYTERIÓW KWALIFIKACYJNYCH

UCZEŃ SZKOŁY: 	 Podpis rodzica/opiekuna prawnego
----------------------------------	--

V. OŚWIADCZENIE O NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

<u>Uczeń/uczennica jest osobą niepełnosprawną</u> Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2011 r., Nr 127 poz. 721, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z. 2011 r., Nr 231 poz. 1375), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<u>Uczeń/uczennica posiada aktualną opinię poradni psychologiczno - pedagogicznej</u>	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<u>Uczeń/uczennica pochodzi z rodziny o niskich dochodach (dochód poniżej 514,00 zł na osobę</u>	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
<u>Uczeń/uczennica posiada zdiagnozowane trudności w nauce wymagające wsparcia</u>	
<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE

W przypadku osób z niepełnosprawnością, proszę określić specjalne wymagania związane z udziałem w Projekcie (dotyczące m.in. dostępności w tym miejsca realizacji zajęć, sposobu ich prowadzenia, dostępności przekazywanych treści, stosowania różnych rodzajów przekazu informacji).....

.....

V. OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z zasadami rekrutacji oraz udziału w Projekcie „Kształcenie bez granic” zawartymi w Regulaminie rekrutacji i zasadach uczestnictwa w Projekcie, akceptuję wszystkie postanowienia ww. Regulaminu oraz mój syn/córka spełnia kryteria uczestnictwa w Projekcie określone w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie.
2. Mój syn/córka wyraża wolę udziału w zajęciach oferowanych w ramach Projektu, a ja wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w projekcie „Kształcenie bez granic”.
3. Mam świadomość, że mój syn/córka jest zobowiązany/a do aktywnego udziału we wszystkich oferowanych w projekcie formach wsparcia.
4. Mój syn/moja córka nie przerwie uczestnictwa w projekcie bez ważnych powodów.
5. Zostałem/am poinformowany/a, że Projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego (RPOWL na lata 2014-2020).
6. Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w badaniach ankietowych i ewaluacyjnych, które będą ewentualnie prowadzone w ramach projektu.
7. Zostałem/zostałam poinformowany/a o możliwości odmowy podania danych wrażliwych dotyczących statusu społecznego (niepełnosprawności, przynależności narodowej lub etnicznej, faktu bycia migrantem, osobą obcego pochodzenia, lub pozostawania w niekorzystnej sytuacji społecznej) mojego syna/córki.
8. Wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystanie wizerunku mojego dziecka przez Gminę Kłoczew dla potrzeb monitoringu, ewaluacji i promocji projektu. Jednocześnie oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o celu wykorzystania wizerunku.
9. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym i załącznikach.
10. Uprowadzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że informacje przekazane w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą, czego prawdziwość potwierdzam własnoręcznym podpisem.

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis Rodzica/Opiekuna prawnego

Załączniki:

1. Oświadczenie uczestnika/uczestniczki projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych
2. Zobowiązanie uczestnika/uczestniczki do przekazania informacji na temat sytuacji na rynku pracy po opuszczeniu projektu

VII. JESTEM ZAINTERESOWANA/ZAINTERESOWANY UDZIAŁEM mojego dziecka w następujących zajęciach realizowanych w:

1. Szkole Podstawowej z oddziałami przedszkolnymi w Kawęczynie

1.1 SZKOŁA PODSTAWOWA W KAWĘCZYNIE

A) ZAJĘCIA ROZWIJAJĄCE UZDOLNIENIA UCZNIÓW:

- ☐ zajęcia komputerowe
- ☐ język angielski
- ☐ kołoprzyrodnicze
- ☐ koło matematyczne

B):ZAJĘCIA DYDAKTYCZNO - WYRÓWNAWCZE

- ☐ nauczanie zintegrowane

D) DORADZTWO EDUKACYJNO-ZAWODOWE ORAZ POMOC PSYCHOLOGICZNO PEDAGOGICZNA

- ☐ zajęcia korekcyjno-kompensacyjne
- ☐ logopedia
- ☐ zajęcia socjoterapeutyczne

.....
miejscowość i data

.....
czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

WYPEŁNIA wychowawca klasy (po rozmowie z rodzicem/opiekunem prawnym)

Rekomendacja wychowawcy dla ucznia/uczennicy, który/a zadeklarował/a swoje uczestnictwo w projekcie (gdzie 1- niska potrzeba udziału w zajęciach, 3 – wysoka potrzeba udziału w zajęciach):

☐ 1

☐ 2

☐ 3

.....

.....

.....

.....
Data i podpis wychowawcy

WYPEŁNIA KOORDYNATOR PROJEKTU

1. Uczeń/uczenica posiada orzeczenie o niepełnosprawności (tak – 3 pkt., nie – 0 pkt.)

☐ **tak** ☐ **nie**

2. Uczeń/uczenica posiada aktualną opinię poradni psychologiczno – pedagogicznej (tak – 2 pkt., nie – 0 pkt.)

☐ **tak** ☐ **nie**

3. Uczeń/uczenica pochodzi z rodziny o niskich dochodach - dochód do 514 zł netto na osobę (tak – 2 pkt., nie – 0 pkt.)

☐ **tak** ☐ **nie**

4. Uczeń/uczenica posiada zdiagnozowane trudności w nauce wymagające wsparcia (tak – 2 pkt., nie – 0 pkt.)

☐ **tak** ☐ **nie**

Zgodnie z regulaminem rekrutacji kandydat został przyjęty:

☐ tak

☐ nie

Liczba uzyskanych punktów:

.....

Data i podpis Koordynatora projektu