Załącznik nr 1a do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

|  |  |
| --- | --- |
| Data wpływu formularza | /podpis osoby przyjmującej/ |

|  |  |
| --- | --- |
| Wypełnia Dyrekcja szkoły lub upoważniona osoba | ………………………………………………………………………………..(imię i nazwisko ucznia/uczennicy)jest uczniem/uczennicą Szkoły Podstawowej im. Stanisława Staszica w Bolesławiu wpisanym/ą do Księgi Uczniów pod numerem: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………/data i czytelny podpis Dyrekcji szkoły/ osoby upoważnionej/ |

**Formularz rekrutacyjny DLA UCZNIÓW/UCZENNIC**

Formularz Rekrutacyjny Kandydata/Kandydatki na Uczestnika/Uczestniczkę projektu może być wypełniony elektronicznie (czcionka wielkości minimum 10) w języku polskim, należy go wydrukować w całości i czytelnie podpisać imieniem i nazwiskiem OPIEKUNA PRAWNEGO w wyznaczonych miejscach. Istnieje możliwość zastosowania formy pisma odręcznego (pismo drukowane). Niedopuszczalna jest ingerencja w treść Formularza Rekrutacyjnego, usuwanie zapisów, logotypów. Warunkiem rozpatrzenia formularza jest wypełnienie wszystkich wymaganych pól. Należy wypełnić tyko pola na białym tle oraz zaznaczyć znakiem „X” odpowiednie kratki w przypadku pól do wyboru. Każde pole powinno być wypełnione. Edytowanie pól z szarym tłem jest niedozwolone.

Formularz należy złożyć łącznie z wymaganymi załącznikami:

1. Załącznik 2 do Regulaminu: Oświadczenia kandydata/tki o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych – wypełniana przez wszystkich kandydatów/tki.
2. Dokument wskazujący na konieczność objęcia daną formą wsparcia (kserokopia orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, opinia z PPP, opinia szkoły zgodna z załącznikiem nr 3 do Regulaminu i in.) – nie dotyczy sytuacji, kiedy kandydat/kandydatka zgłasza udział tylko w warsztatach antydyskryminacyjnych.

|  |
| --- |
| **Projekt „Edukacja włączająca w Szkole Podstawowej im. Stanisława Staszica w Bolesławiu”** |
| **Lider****(biuro projektu)**  | Stowarzyszenie Dobroczynne „Res Sacra Miser”,Bukowno, 32-332Ul. Kolejowa 30 |
| **Partner** | Gmina Bolesław  |
| **Nr projektu** | FEMP.06.10-IP.01-0148/24 |
| **Czas trwania projektu** | 02.09.2024 – 31.08.2027 |
| **CZĘŚĆ I Dane osoby fizycznej – wypełniana przez kandydatów/tki będących uczniami/uczennicami**  |
| **Lp.** |  | **Lp.** | **Nazwa** | Dane Kandydata/Kandydatki |
| **I** | **Dane****osobowe** | **1** | **Imię (imiona)** |  |
| **2** | **Nazwisko** |  |
| **3** | **Płeć** | 🞐 kobieta | 🞐 mężczyzna |
| **4** | **Obywatelstwo** | 🞐 polskie🞐 brak polskiego obywatelstwa – obywatel/ka kraju UE🞐 brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel/ka kraju spoza UE/bezpaństwowiec/kobieta bezpaństwowiec |
| **5** | **PESEL (lub inny identyfikator w przypadku****braku polskiego obywatelstwa)** |  |
| **6** | **Wykształcenie** | 🞐 niższe niż podstawowe (ISCED 0) | 🞐 podstawowe (ISCED 1) |
| 🞐 gimnazjalne (ISCED 2) | 🞐 ponadgimnazjalne (ISCED 3) |
| 🞐 policealne (ISCED 4) | 🞐 wyższe (ISCED 5-8) |
| **II** | **Adres****zamieszkania** | **1** | **Ulica** |  |
| **2** | **Nr domu** |  |
| **3** | **Nr lokalu** |  |
| **4** | **Miejscowość** |  |
| **5** | **Kod pocztowy** |  |
| **6** | **Gmina** |  |
| **7** | **Powiat** |  |
| **8** | **Województwo** |  |
| **9** | **Nr telefonu opiekuna prawnego** |  |
| **10** | **Adres e-mail opiekuna prawego** |  |
| **11** | **Preferowany kontakt pisemny** | 🞐 poczta elektroniczna 🞐 poczta tradycyjna |
| **III** | **Informacje dodatkowe** | **1** | **Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia (w tym społeczności marginalizowane np. Romowie)** | 🞏 tak | 🞏 nie | 🞏 odmowa podania informacji |
| **Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań** | 🞏 tak | 🞏 nie |  |
| **Osoba z niepełnosprawnościami[[1]](#footnote-1)** | 🞏 tak | 🞏 nie | 🞏 odmowa podania informacji |
| **Osoba pochodząca z krajów trzecich** (obywatel kraju z poza UE lub bezpaństwowiec lub osoba bez ustalonego obywatelstwa) | 🞏 tak | 🞏 nie |  |
| **Osoba obcego pochodzenia** (cudzoziemiec, który nie posiada polskiego obywatelstwa, bez względu na fakt posiadania lub nie obywatelstwa innych krajów) | 🞏 tak | 🞏 nie |  |
| **Specyficzne wymagania/potrzeby związane z udziałem uczestnika/uczestniczki z niepełnosprawnością w projekcie[[2]](#footnote-2)**  | 🞏 nie |
| 🞏 tak, wskazać jakie: ………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..………………………………………………………………..……………………………………………………………….. |
| **IV**  | **Status osoby na rynku pracy w chwili składania formularza:** | **1** | 🞐 osoba bierna zawodowo | 🞐 osoba ucząca się |
| **2.**  | **Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia** |  31 sierpnia 20……………………… r.  |

**Oświadczenia:**

1. Zostałem poinformowany/a o możliwości odmowy podania szczególnych kategorii danych (przynależności narodowej lub etnicznej, niepełnosprawności).
2. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w Formularzu zgłoszeniowym

Ja, niżej podpisany/-a, świadom/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny (Dz. U. Nr 88, poz. 553, z późn. zm.), oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym „Formularzu rekrutacyjnym” i Oświadczeniach i  załącznikach do Formularza rekrutacyjnego są zgodne z prawdą i aktualne.

*.................................................... ………..............................................................*

*Miejscowość, data Czytelny podpis Opiekuna Prawnego Kandydata/tki na Uczestnika/czkę projektu*

**DO FORMULARZA ZAŁĄCZAM:**

□ Załącznik 2 do Regulaminu: Oświadczenia kandydata/tki o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych – wypełniana przez wszystkich kandydatów/tki.- załącznik obowiązkowy

**oraz**

**(zaznaczyć w przypadku przedłożenia dodatkowych dokumentów):**

□ a) kopię orzeczenia o niepełnosprawności w rozumieniu przepisów ust. z dnia 27.08.1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianie osób niepełnosprawnych (dokument należy zanonimizować zgodnie z zapisami w regulaminie § 5 ust.1 pkt.5),

□ b) kopię orzeczenia o potrzebie zajęć rewalidacyjno-wychowawczych (dokument należy zanonimizować zgodnie z zapisami w regulaminie § 5 ust.1 pkt.5),

□ c) kopię orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego (dokument należy zanonimizować zgodnie z zapisami w regulaminie § 5 ust.1 pkt.5),

□ d) kopię opinii wydanej przez PPP podstawie ustawy z dn.14.12.2016 r. Prawo oświatowe (dokument należy zanonimizować zgodnie z zapisami w regulaminie § 5 ust.1 pkt.5)

□ e) Opinię wychowawcy klasy/pedagoga/psychologa szkolnego/innego specjalisty dotycząca indywidualnej potrzeby udziału ucznia/uczennicy w projekcie (Załącznik nr 3 do Regulaminu).

□ f) w przypadku wskazania na formę wsparci biofeedback: zgoda od neurologa na udział w zajęciach (EEG głowy)

**CZĘŚĆ II: Wybór form wsparcia**

1. Ja, niżej podpisany/-a deklaruję chęć udziału w projekcie „Edukacja włączająca w Szkole Podstawowej im. Stanisława Staszica w Bolesławiu”. Zostałem/łam poinformowany/a, moje dziecko zostało poinformowane, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się i akceptuję Regulamin. Jednocześnie **zgłaszam chęć udziału mojego dziecka w następujących formach wsparcia[[3]](#footnote-3):**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | Zaznaczyć (X) |
| Zajęcia wyrównawczo-dydaktyczne z języka angielskiego dla uczniów trzecich klas |  |
| Zajęcia grupowe terapii ruchowej dla uczniów klas 1-3 ze specjalnymi potrzebami o charakterze integracyjnym |  |
| Terapia logopedyczna |  |
| Trening umiejętności społecznych |  |
| Zajęcia biofeedback |  |

1. Oświadczam, że w obecnym roku szkolnym moje dziecko nie jest objęte wsparciem podobnego typu w ramach innych działań realizowanych przez Szkołę, do której uczęszcza.

*.................................................... ………..............................................................*

*Miejscowość, data Czytelny podpis opiekuna prawnego Kandydata/tki na Uczestnika/czkę projektu*

**CZĘŚĆ III: Dobrowolna zgoda na przetwarzanie i rozpowszechnianie wizerunku**

W związku z moim uczestnictwem/uczestnictwem mojego dziecka w projekcie „Edukacja włączająca w Szkole Podstawowej im. Stanisława Staszica w Bolesławiu” realizowanym przez Stowarzyszenie Dobroczynne „Res Sacra Miser” w partnerstwie z Gminą Bolesław, wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych/danych osobowych mojego dziecka w zakresie wizerunku w szczególności poprzez utrwalenie wizerunku w formie fotografii oraz materiałów audiowizualnych podczas realizacji form wsparcia w ramach projektu, a także na podstawie art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych na rozpowszechnianie wizerunku w celu informacyjno-promocyjnym projektu.

Filmy/fotografie będą wykorzystywane na stronach internetowych i portalach społecznościowych prowadzonych przez Beneficjenta, Partnera i Szkołę.

*.................................................... ………..............................................................*

*Miejscowość, data Czytelny podpis opiekuna prawnego Kandydata/tki na Uczestnika/czkę projektu*

1. W przypadku odpowiedzi “TAK” należy załączyć dokumenty wskazane jako załączniki a, b, c na stronie 4 formularza [↑](#footnote-ref-1)
2. dotyczące m.in. dostępności, w tym miejsca realizacji zajęć, sposobu prowadzenia, dostępności przekazywanych treści, przekazywania materiałów w formie dostępnej, stosowania różnych rodzajów przekazu informacji, zapewnienia asystenta osoby niepełnosprawnością [↑](#footnote-ref-2)
3. Można wskazać więcej niż jedną formę wsparcia [↑](#footnote-ref-3)