



Załącznik nr 1 do

REGULAMINU REKRUTACJI I UCZESTNICTWA w projekcie nr FEMP.06.10-IP.01-0218/24

pt. „Wysokiej jakości edukacja włączająca w Mieście Grybów”

Kod rekrutacyjny	
Data i godzina wpływu FZ	
Podpis osoby przyjmującej FZ	

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZNIĄ/UCZENNICY

I. DANE PROJEKTU

Tytuł projektu	Wysokiej jakości edukacja włączająca w Mieście Grybów
Nr projektu	FEMP.06.10-IP.01-0218/24

II. DANE UCZNIĄ/UCZENNICY

Nazwisko			
Imię			
PESEL			
Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		
Ulica		Nr domu	
Miejscowość		Nr lokalu	
Poczta		Kod pocztowy	
Obszar	<input type="checkbox"/> Obszar miejski <input type="checkbox"/> Obszar wiejski	Gmina	
Powiat	nowosądecki	Województwo	małopolskie

III. DANE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO ZGŁASZAJĄCEGO DZIECKO DO PROJEKTU

Nazwisko		
Imię		
Telefon		<input type="checkbox"/> Odmowa podania*
Adres e-mail		<input type="checkbox"/> Odmowa podania*

*WYMAGANE JEST PODANIE MINIMUM JEDNEGO SPOSOBU KONTAKTU

**IV. KRYTERIA FORMALNE (proszę zaznaczyć właściwy kwadrat poprzez wstawienie „X”):**

Uczeń / uczennica klasy	<input type="checkbox"/> PIERWSZEJ	<input type="checkbox"/> DRUGIEJ	<input type="checkbox"/> TRZECIEJ	<input type="checkbox"/> CZWARTEJ
	<input type="checkbox"/> PIĄTEJ	<input type="checkbox"/> SZÓSTEJ	<input type="checkbox"/> SIÓDMEJ	<input type="checkbox"/> ÓSMEJ
	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> C	<input type="checkbox"/> D
Uczeń / uczennica szkoły	<input type="checkbox"/> Szkoła Podstawowa nr 1 w Grybowie			
	<input type="checkbox"/> Szkoła Podstawowa nr 2 w Grybowie			

V. KRYTERIA PREFERENCYJNE DLA UCZNIÓW ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI:

Uczeń/uczennica posiadający/a orzeczenie i/lub opinię poradni psychologiczno-pedagogicznej i/lub opinię szkolnego zespołu nauczycieli specjalistów - weryfikacja na podstawie kopii opinii/orzeczenia.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Uczeń/uczennica posiadający/a orzeczenie o niepełnosprawności - weryfikacja na podstawie kopii orzeczenia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

VI. KRYTERIA PREFERENCYJNE DLA UCZNIÓW NIE BĘDĄCYCH W GRUPIE OSÓB ZE SPECJALNYMI POTRZEBAMI:

Uczeń/uczennica pochodzący/a z rodziny korzystającej z pomocy OPS /dotyczy osób pobierających w przeciągu ostatnich 12 miesięcy zasiłek rodzinny i/lub specjalny zasiłek opiekuńczy z Ośrodka Pomocy Społecznej ustalony na podstawie wysokości dochodów/ - weryfikacja na podstawie zaświadczenia z OPS.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Uczeń/uczennica pochodzący/a z rodziny wielodzietnej - przez pojęcie wielodzietności rodziny, rozumie się rodzinę wychowującą troje i więcej dzieci (art. 4 pkt 42 Ustawy Prawo Oświatowe) weryfikacja na podstawie zaświadczenia z OPS, Urzędu Miejskiego/Gminy lub Dyrektora szkoły.	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE

VII. OŚWIADCZENIA RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO KANDYDATA (należy wstawić „X”)

Oświadczam, że jestem prawnym opiekunem

/wpisać imię i nazwisko Ucznia/Uczennicy/

i wyrażam zgodę na jego/jej udział w projekcie Wysokiej jakości edukacja włączająca w Mieście Grybów realizowanym przez Miasto Grybów.

 TAK NIE



Oświadczam, że zobowiązuję się do dopilnowania, by moje dziecko systematycznie uczestniczyło w zajęciach. W przypadku nieobecności dziecka na zajęciach, zobowiązuję się dostarczyć **pisemne usprawiedliwienie nieobecności**.

TAK NIE

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pt. „Wysokiej jakości edukacja włączająca w Mieście Grybów”, znam kryteria kwalifikacyjne do projektu i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

TAK NIE

Oświadczam, że wszystkie dane zawarte w niniejszym oświadczeniu są prawdziwe oraz, że poinformowano mnie o prawie dostępu do przetwarzanych przez realizatorów projektu danych osobowych w/w dziecka, wraz z prawem do żądania ich zmian, uzupełnienia lub usunięcia.

TAK NIE

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna Ucznia/Uczennicy/

Czy Pana/ Pani dziecko posiada jakieś szczególne potrzeby w związku z chęcią udziału w projekcie? Proszę zaznaczyć i/lub je krótko opisać.

1) Dostosowanie przestrzeni w związku z niepełnosprawnością ruchową?

TAK NIE

(Proszę opisać).....

2) Zapewnienie tłumacza języka migowego?

TAK NIE

3) Zapewnienie druku materiałów powiększoną czcionką?

TAK NIE

4) Inne specjalne potrzeby?

TAK NIE

(Proszę opisać).....

.....
/miejscowość i data/

.....
podpis rodzica/prawnego opiekuna Ucznia/Uczennicy/



ZAŚWIADCZENIE DYREKTORA SZKOŁY

Zaświadczam, że

/imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki do projektu/

jest uczniem/uczennicą Szkoły Podstawowej nr w Grybowie.

.....

/miejsowość i data/

.....

/podpis dyrektora szkoły/

ZAŚWIADCZENIE DYREKTORA SZKOŁY

Zaświadczam, że

/imię i nazwisko Kandydata/Kandydatki do projektu/

uczęszcza do tej samej klasy, co osoba zaliczana do grupy osób ze specjalnymi potrzebami.*

.....

/miejsowość i data/

.....

/podpis dyrektora szkoły/

*można wypełnić tylko w przypadku, gdy Kandydat/kandydatka nie jest zaliczana do grupy osób ze specjalnymi potrzebami