

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Wsparcie na starcie!”

Uczniowie

realizowanego w ramach RPO WZ 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Edukacja
Działanie 8.4 Upowszechnienie edukacji przedszkolnej oraz wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie ogólne oraz uczniów uczestniczących w kształceniu podstawowym, gimnazjalnym i ponadgimnazjalnym w ramach Strategii ZIT dla Koszalińsko-Kołobrzesko-Białogardzkiego Obszaru Funkcjonalnego

Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania

(podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu)

FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ „X”.

1. Dane kandydata/kandydatki:			
Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> Indywidualny <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji / podmiotu		
Nazwisko:			
Imię/Imiona:			
Data urodzenia:		Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
PESEL:			
Płeć (właściwie zaznaczyć znakiem x):	Wykształcenie (właściwie zaznaczyć znakiem x):		
<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Podstawowe <input type="checkbox"/> Gimnazjalne <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne <input type="checkbox"/> Wyższe		
Miejscowość zamieszkania:		Kod pocztowy:	
Ulica:		Gmina:	
Nr domu:		Powiat:	
Numer lokalu:		Województwo:	
Kraj zamieszkania:			
Telefon kontaktowy (stacjonarny lub komórkowy) Uczestnika projektu:			
Adres poczty elektronicznej:			
2. Informacja o miejscu nauki uczestników indywidualnych:			
Nazwa szkoły:			
Typ szkoły (właściwie zaznacz znakiem x):	<input type="checkbox"/> Szkoła Podstawowa <input type="checkbox"/> Gimnazjum <input type="checkbox"/> Technikum <input type="checkbox"/> Liceum Ogólnokształcące <input type="checkbox"/> Szkoła Specjalna		

Kierunek kształcenia, (zawód):		Klasa:	
Adres szkoły (kod pocztowy, poczta, miejscowość, ulica, nr budynku):			
Organ prowadzący szkołę:	Gmina Miasto Koszalin		
3. Informacja o pracowniku instytucji / podmiotu:			
Nazwa instytucji / podmiotu:			
Adres instytucji / podmiotu (kod pocztowy, poczta, miejscowość, ulica, nr budynku):			
Organ prowadzący szkołę:	Gmina Miasto Koszalin		
4. Preferowane formy wsparcia kandydata/kandydatki: (właściwe zaznaczyć znakiem x)			
Zajęcia dodatkowe / szkolenia / kursy / kierunki kształcenia dla uczniów:	a) zajęcia logopedyczne dla uczniów klas 1 (rotacyzm)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	b) zajęcia logopedyczne dla uczniów klas 1 (parasygmatyzm)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	c) zajęcia logopedyczne dla uczniów klas 1 (inne)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	d) zajęcia logopedyczne dla uczniów klas 4 z ryzykiem dysleksji	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	e) zajęcia terapii pedagogicznej dla uczniów klas 4 z ryzykiem dysleksji	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	f) zajęcia terapii pedagogicznej dla uczniów klas 1	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	g) zajęcia dydaktyczno-wyrównawczych dla uczniów klas 1	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	h) zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze z zakresu języka polskiego dla uczniów klas 1	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	i) zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze z matematyki dla uczniów klas 1	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	j) zajęcia dla uczniów mających specyficzne potrzeby edukacyjne związane z brakiem koordynacji ruchowej lub/i wadami postawy dla uczniów klas 1	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	k) zajęcia dla uczniów mających specyficzne potrzeby edukacyjne związane z brakiem koordynacji ruchowej lub/i wadami postawy dla uczniów klas 4	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	l) zajęcia adaptacyjno-integracyjne z wykorzystaniem bajek terapeutycznych, wspomagających rozwój emocjonalny i społeczny dziecka dla uczniów klas 1	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	m) zajęcia integracyjno-koordynacyjne dla uczniów klas 1	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	n) zajęcia terapii SI (od roku 2019)	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
o) zajęcia socjoterapii dla uczniów klas 4-6	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE	

	p) zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze z zakresu języka polskiego dla uczniów klas 4	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	q) zajęcia w ramach Koła młodych talentów – klasy 1	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	r) zajęcia rozwijające zainteresowania i uzdolnienia teatralne uczniów klas 4-6	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	s) zajęcia edukacyjne dla uczniów klas 1 z zakresu edukacji przyrodniczej i matematycznej oparte na obserwacji i doświadczeniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	t) zajęcia edukacyjne dla uczniów klas 1 z zakresu edukacji przyrodniczej i ekologicznej oparte na obserwacji i doświadczeniu	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	u) zajęcia rozwijające zainteresowania przyrodnicze w zakresie zdrowego stylu życia i pierwszej pomocy przedmedycznej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	v) zajęcia z programowania dla najmłodszych - klasy 1 (od 2 półrocza)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
5. Dane dodatkowe kandydata/kandydatki:		
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo <input type="checkbox"/> osoba pracująca	
Osoba z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostającej na utrzymaniu:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Osoba w niekorzystanej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej):	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
6. Specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie:		
Czy kandydat jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Czy kandydat ma specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie?		

.....
(miejscowość i data)

.....
(czytelny podpis kandydata)

.....
(czytelny podpis opiekuna prawnego) *

***wymagany w przypadku, gdy kandydat jest osobą niepełnoletnią.**



Wynik rekrutacji (wypełnia szkoła)		
Kandydat/kandydatka zakwalifikowany/a do udziału w projekcie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Data rozpoczęcia udziału w projekcie:		
Data:		
Czytelne podpisy członków Komisji rekrutacyjnej:		