



Załącznik nr 1 do Regulaminu Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Rozwój kompetencji kluczowych – gwarancją sukcesu edukacji w Powiecie Gryfickim”

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Rozwój kompetencji kluczowych – gwarancją sukcesu edukacji w Powiecie Gryfickim”

realizowanego w ramach RPO WZ 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Edukacja
Działanie 8.2 Wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie ogólne oraz uczniów uczestniczących w kształceniu podstawowym, gimnazjalnym i ponadgimnazjalnym

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 (uczeń) <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji / podmiotu (nauczyciel)		
Nazwisko:			
Imię/Imiona:			
Data urodzenia:		Wiek w chwili przystąpienia do projektu:	
PESEL:			
Płeć (właściwe zaznaczyć znakiem x):	Wykształcenie (właściwe 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 (dotyczy wyłącznie uczniów):			
Nazwa szkoły:			
Typ szkoły (właściwe zaznacz znakiem x):	<input type="checkbox"/> Szkoła Podstawowa Specjalna <input type="checkbox"/> Liceum Ogólnokształcące	Klasa:	
3. Informacja o pracowniku instytucji / podmiotu (dotyczy wyłącznie nauczycieli):			
Nazwa instytucji / podmiotu:			
Adres instytucji / podmiotu (kod pocztowy, poczta, miejscowość, ulica, nr budynku):			
4. Preferowane formy wsparcia kandydata/kandydatki: (właściwe zaznaczyć znakiem x)			
ZAJĘCIA DYDAKTYCZNO-WYRÓWNAWCZE DLA UCZNIÓW LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCEGO	z matematyki	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	z języka angielskiego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	z języka niemieckiego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	z geografii	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	z biologii	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	z chemii	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
ZAJĘCIA ROZWIJAJĄCE DLA UCZNIÓW LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCEGO	z języka angielskiego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	z języka niemieckiego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	z języka hiszpańskiego	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	z matematyki	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	z biologii	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	z chemii	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	z geografii	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE
	z fizyki	<input type="checkbox"/> TAK	<input type="checkbox"/> NIE





ZAJĘCIA DLA UCZNIÓW SZKOŁY PODSTAWOWEJ SPECJALNEJ	z chemii	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	z edukacji przyrodniczej	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	z języka angielskiego	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	socjoterapeutyczne - Teatrotterapia	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	logopedyczne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	trening indywidualny EEG BIOFEEDBACK	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	socjoterapeutyczne – Metoda Tomatisa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
DORADZTWO EDUKACYJNO-ZAWODOWE <i>(uczestnictwo obowiązkowe dla uczniów liceum ogólnokształcącego)</i>	Grupowe i indywidualne doradztwo zawodowe, test FRIS	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
INNE FORMY WSPARCIA DLA UCZNIÓW	Warsztaty wyjazdowe do Centrum Nauki Kopernik w Warszawie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Szkolenie ICT – rozwój umiejętności informatycznych	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Warsztaty z programowania	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Kurs ECDL	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Szkolenie – Zagrożenia cyberprzestrzeni	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE





FORMY WSPARCIA DLA NAUCZYCIELI	Szkolenie z terapii metodą Alfreda Tomatisa	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Szkolenie EEG BIOFEEDBACK	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Trener grupowy w Treningu Zastępowania Agresji	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Podnoszenie kompetencji cyfrowych w zakresie korzystania z narzędzi TIK (kurs)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Neurodydaktyka (warsztaty)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Trening kreatywności (warsztaty)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Ocenianie kształtujące (warsztaty)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Mnemotechniki (warsztaty)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Kurs kwalifikacyjny z zakresu pedagogiki specjalnej	<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 <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	
Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań:	<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 <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI	





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?	

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelny podpis kandydata)

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

*wymagany w przypadku, gdy kandydat jest osobą niepełnoletnią.

Wynik rekrutacji		
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:		

