

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

„Wiedza szansą na sukces” – wsparcie dla Szkoły Podstawowej w Zespole Szkół w Sokolach oraz Szkoły Podstawowej w Bruszewie

UPRZEJMIĘ PROSZĘ O CZYTELNE WYPEŁNIENIE RUBRYK WIELKIMI LITERAMI I ZAZNACZENIE KRZYŻYKIEM ODPOWIEDNIEGO KWADRATU WYPEŁNIA RODZIC /RODZIC ZASTĘPCZY/ PRAWNY OPIEKUN DZIECKA																					
1. Dane podstawowe																					
Nazwisko ucznia							Imię (imiona) ucznia														
Data urodzenia							PESEL ucznia														
2. Dane kontaktowe																					
Kod pocztowy				-			Miejscowość														
Ulica							Nr domu / lokalu														
Województwo							Powiat														
Gmina							Adres e-mail ucznia														
Tel. stacjonarny							Tel. komórkowy ucznia														
Tel. komórkowy rodzica							Klasa														
3. Kryteria rekrutacyjne (proszę zaznaczyć właściwe)																					
<input type="checkbox"/> uczeń Szkoły Podstawowej w Zespole Szkół w Sokolach, <input type="checkbox"/> uczeń dotknięty dyskryminacją wielokrotną ¹ .																					
4. Potrzeby szkoleniowe																					
KSZTAŁCIMY KOMPETENCJE KLUCZOWE UCZNIÓW SZKOŁY PODSTAWOWEJ Z ZESPOŁU SZKÓŁ W SOKOŁACH						<input type="checkbox"/> Języki obce „Angielski na językach” <input type="checkbox"/> „Informatyka bez tajemnic”															
KSZTAŁCIMY WŁAŚCIWE POSTAWY I UMIEJĘTNOŚCI UCZNIÓW SZKOŁY PODSTAWOWEJ Z ZESPOŁU SZKÓŁ W SOKOŁACH						<input type="checkbox"/> Warsztaty efektywnego uczenia się „Kreatywny umysł”															
PRZEDMIOTY PRZYRODNICZE NAUCZANE POPRZECZ EKSPERYMENT						<input type="checkbox"/> Zajęcia przyrodnicze „Młody odkrywca” <input type="checkbox"/> „Zielona szkoła”															
SPECJALNE POTRZEBY WYNIKAJĄCE Z NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI I/LUB STANU ZDROWIA (JEŻELI DOTYCZY - PROSZĘ ZAZNACZYĆ WŁAŚCIWE LUB WPIŚAĆ WŁASNĄ ODPOWIEDŹ)						<input type="checkbox"/> druk materiałów powiększoną czcionką <input type="checkbox"/> przestrzeń dostosowana do niepełnosprawności ruchowych <input type="checkbox"/> zapewnienie tłumacza języka migowego <input type="checkbox"/> inne:															

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą.

.....
 Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego ucznia/uczennicy

¹ ze względu na miejsce zamieszkania, słabą sytuację rodzinną – dochód na osobę jak w przypadku zasiłku rodzinnego w 2017 r., bezrobocie jednego lub obu rodziców lub inny problem społeczny określony w ustawie o pomocy społecznej

5. Deklaracja

Oświadczam, że

.....
(imię i nazwisko ucznia)

zam.

(adres zamieszkania: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod)

Oświadczam, iż

- 1) **jestem uczniem/uczennicą Szkoły Podstawowej w Zespole Szkół w Sokolach;**
- 2) wszystkie dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą;
- 3) zapoznałem/am się oraz akceptuję warunki Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie;
- 4) deklaruję chęć uczestnictwa w Projekcie: „*Wiedza szansą na sukces*” – wsparcie dla Szkoły Podstawowej w Zespole Szkół w Sokolach oraz Szkoły Podstawowej w Bruszewie;
- 5) Zostałem/am poinformowany/a, iż Projekt jest współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020.

.....
Data i czytelny podpis ucznia / uczennicy

.....
Data i czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

- 1) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, w tym tzw. danych wrażliwych [tj. danych określonych w art. 27 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r. poz. 922) w przypadku realizowanego projektu są to wyłącznie dane wskazane w punkcie 5 i 6] w celu udziału w procesie rekrutacji do projektu „*Wiedza szansą na sukces*” – wsparcie dla Szkoły Podstawowej w Zespole Szkół w Sokolach oraz Szkoły Podstawowej w Bruszewie ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Podlaskiego na lata 2014-2020.
- 2) Zostałem/am poinformowany/a o prawie wglądu do moich danych oraz ich poprawiania zgodnie z art.24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2016 r. poz. 922). Przekazanie danych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu.
- 3) Mam prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego
ucznia/uczennicy

BIURO PROJEKTU:

Fundacja Pro Anima, ul. Modlińska 1 lok. 206, 15-066 Białystok
tel. 856671282, fax. 857331056, e-mail: sokoly@proanima.pl
www.proanima.pl