

Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**„Razem w klasie - kompleksowy program wsparcia uczniów - edukacja inkluzyjna”**

**FEMA.07.02-IP.01-06GD/24**

projekt realizowany w ramach

Programu Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027

Priorytetu VII Fundusze Europejskie dla nowoczesnej i dostępnej edukacji na Mazowszu

Działania 7.2 Wzmocnienie kompetencji uczniów

**ANKIETA REKRUTACYJNA - UCZEŃ/UCZENNICA**

**Część 1. Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania**

| Lp. | Dane uczestnika – ucznia/uczennicy        |                                                                                                        |
|-----|-------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1   | Obywatelstwo:                             | <input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie                                                          |
|     |                                           | <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE                               |
|     |                                           | <input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE / bezpaństwowiec |
| 2   | Rodzaj uczestnika:                        | Indywidualny                                                                                           |
| 3   | Imię (imiona):                            |                                                                                                        |
| 4   | Nazwisko:                                 |                                                                                                        |
| 5   | PESEL:                                    | <input type="text"/>                                                                                   |
| 6   | Płeć:                                     |                                                                                                        |
| 7   | Wiek w chwili przystępowania do projektu: |                                                                                                        |
| 8   | Wykształcenie:                            | <input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe (ISCED 0–2)                                      |
|     |                                           | <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED 3) lub policealne (ISCED 4)                           |
|     |                                           | <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5–8)                                                            |
| 9   | Kraj:                                     |                                                                                                        |
| 10  | Województwo:                              |                                                                                                        |
| 11  | Powiat:                                   |                                                                                                        |
| 12  | Gmina:                                    |                                                                                                        |
| 13  | Miejscowość:                              |                                                                                                        |
| 14  | Ulica:                                    |                                                                                                        |
| 15  | Nr budynku:                               |                                                                                                        |
| 16  | Nr lokalu:                                |                                                                                                        |
| 17  | Kod pocztowy:                             |                                                                                                        |
| 18  | Telefon kontaktowy:                       |                                                                                                        |

|    |                                                                                                                   |                                                                                                                         |                                |                                                      |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------------------------|
| 19 | Adres e-mail:                                                                                                     |                                                                                                                         |                                |                                                      |
| 20 | <b>Status uczestnika w chwili przystąpienia do projektu</b>                                                       |                                                                                                                         |                                |                                                      |
|    | Osoba obcego pochodzenia                                                                                          | NIE - <input type="checkbox"/>                                                                                          | TAK - <input type="checkbox"/> |                                                      |
|    | Osoba państwa trzeciego                                                                                           | NIE - <input type="checkbox"/>                                                                                          | TAK - <input type="checkbox"/> |                                                      |
|    | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)                        | NIE - <input type="checkbox"/>                                                                                          | TAK - <input type="checkbox"/> | ODMOWA PODANIA INFORMACJI - <input type="checkbox"/> |
|    | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań                                                   | NIE - <input type="checkbox"/>                                                                                          | TAK - <input type="checkbox"/> |                                                      |
|    | Osoba z niepełnosprawnościami                                                                                     | NIE - <input type="checkbox"/>                                                                                          | TAK - <input type="checkbox"/> | ODMOWA PODANIA INFORMACJI - <input type="checkbox"/> |
| 21 | <b>Status ucznia szkoły podstawowej z województwa mazowieckiego – Gmina Gzy</b>                                   |                                                                                                                         |                                |                                                      |
|    | Nazwa i adres szkoły do której uczeń/uczennica uczęszcza:                                                         | Publiczna Szkoła Podstawowa im. Przyjaźni Polsko-Węgierskiej w Przewodowie Poduchownym, 06-126 Przewodowo Poduchowne 21 |                                |                                                      |
|    | Klasa:                                                                                                            |                                                                                                                         |                                |                                                      |
|    | Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej (wskazanej powyżej), w której skorzystano ze wsparcia: |                                                                                                                         |                                |                                                      |

## Część 2. Oświadczenia rodzica/opiekuna prawnego

Deklaruję uczestnictwo mojego dziecka w Projekcie pn. „Razem w klasie - kompleksowy program wsparcia uczniów - edukacja inkluzyjna” w następujących zajęciach pozalekcyjnych (proszę zaznaczyć znakiem „x” przy wybranych zajęciach):

| Rodzaj zajęć                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Udział                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| <b>ZAJĘCIA DLA UCZNIÓW ZE SPE POSIADAJĄCYCH ORZECZENIA O POTRZEBIE KSZTAŁCENIA SPECJALNEGO, OPINIE (PPP, N-LA SPECJALISTY, DYREKTORA PLACÓWKI ITP.), ZAGROŻONYCH NIEDOSTOSOWANIEM SPOŁECZNYM ORAZ POSIADAJĄCYCH DOŚWIADCZENIA MIGRACJI</b>                                                                                                                                                  |                          |
| Ćwiczenia wzmacniające potencjał ucznia z zaburzeniami (zaj. indywidualne) (wymiar: 15h/os.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> |
| Wsparcie psychologiczne (indywidualne) (wymiar: 10h/os.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> |
| Zajęcia korekcyjne-kompensacyjne (wymiar: 15h/gr.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> |
| Zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno społeczne (wymiar: 30h/gr.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> |
| Terapia ręki (zajęcia indywidualne) (wymiar: 15h/os.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> |
| Wsparcie terapeutyczne indywidualne logopedyczne celem ćwiczenia słuchowego i artykulacyjnego w trudnych fonicznie połączeniach w oparciu o ilustrację - rozwijanie wypowiedzi wielozdaniowych (wymiar: 15h/os.)                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> |
| Wsparcie terapeutyczne rozwijające umiejętności rozumienia czytanego tekstu, bogacenia zasobu słów i pojęć, rozwijania ogólnych zdolności wzrokowych, zdolności klasyfikacyjnych i przestrzennych, usprawnianie koordynacji wzrokowo - ruchowej, bezpośredniej, mechanicznej pamięci słuchowej, analizy i syntezy słuchowej, słuchu fonemowego oraz pamięci fonologicznej (wymiar: 30h/gr.) | <input type="checkbox"/> |
| <b>ZAJĘCIA DLA UCZNIÓW SZCZEGÓLNIE UZDOLNIONYCH</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                          |
| Zajęcia eksperymentalne i badawcze (wymiar: 30h/gr.)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> |

„Razem w klasie - kompleksowy program wsparcia uczniów - edukacja inkluzyjna”

FEMA.07.02-IP.01-06GD/24

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Mazowsza 2021-2027

Modelowanie i druk 3D (wymiar: 30h/gr.)

[ ]

Jednocześnie:

1. Jestem świadoma/świadomy, że koszt uczestnictwa mojego dziecka w projekcie pokrywany jest przez Unię Europejską w ramach środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus. W związku z powyższym, zobowiązuję się do regularnego, punktualnego i aktywnego uczestnictwa mojego dziecka w zajęciach organizowanych w ramach projektu oraz braniu udziału w badaniach ankietowych na potrzeby projektu. Uczestnictwo w zajęciach będzie dokumentowane listą obecności na każdym zajęciach.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z *Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie* i akceptuję jego postanowienia oraz oświadczam, że dziecko spełnia warunki uczestnictwa w projekcie.
3. Uprzedzony/a o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenia prawdy, niniejszym oświadczam, że dane zawarte w niniejszym formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą.
4. Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych.
5. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji do projektu „Razem w klasie - kompleksowy program wsparcia uczniów - edukacja inkluzyjna” (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).
6. Udzielam Witold Szaszkiewicz Centrum Edukacyjne „IDEA” oraz Gminie Sońsk, Gminie i Miastu Żuromin, Gminie Gzy oraz Gminie Głinojeck, nieodwołanego i nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystania zdjęć z wizerunkiem mojego dziecka, bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzenia. Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalania, obróbkę i powielanie zdjęć za pośrednictwem dowolnego medium, wyłącznie w celu informacji i promocji oraz realizacji dotyczącej wyżej wymienionego projektu.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis rodzica/opiekuna prawnego  
składającego ankietę

### **Część 3. Oświadczenia dodatkowe – proszę wypełnić pola, które dotyczą ucznia/uczennicy**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | <p><b>Dotyczy uczniów z niepełnosprawnościami.</b></p> <p>Ja niżej podpisany/na oświadczam, że moje dziecko</p> <p>..... jest osobą z niepełnosprawnościami.</p> <p>(imię i nazwisko dziecka)</p> <p>W załączeniu przedkładam do wglądu orzeczenie o niepełnosprawności w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych (Dz.U. z 2023 r., poz. 100, z późn. zm.).</p> <p>Orzeczenie o niepełnosprawności, Nr .....</p> <p>Wydane przez .....</p> |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|



|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|    | <p>.....<br/>Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego</p> <p><b>Przedłożone dokumenty sprawdzono w zakresie formalnym.</b></p> <p>.....<br/>Data, podpis osoby przeprowadzającej rekrutację</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| 2. | <p><b>Dotyczy uczniów z posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.</b></p> <p>Ja niżej podpisany/na oświadczam, że moje dziecko .....<br/>(imię i nazwisko dziecka)</p> <p>posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.</p> <p>W załączeniu przedkładam do wglądu orzeczenie wydane przez publiczną poradnię psychologiczno-pedagogiczną, na podstawie ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. - Prawo oświatowe (Dz.U. z 2021 r., poz. 1082, z późn. zm.).</p> <p>Orzeczenie nr .....</p> <p>Wydane przez Publiczną Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną .....<br/>W .....</p> <p>.....<br/>Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego</p> <p><b>Przedłożone dokumenty sprawdzono w zakresie formalnym.</b></p> <p>.....<br/>Data, podpis osoby przeprowadzającej rekrutację</p> |
| 3. | <p><b>Dotyczy uczniów z posiadających opinię wydaną przez PPP</b></p> <p>Ja niżej podpisany/na oświadczam, że moje dziecko .....<br/>(imię i nazwisko dziecka)</p> <p>posiada opinię wydaną przez Publiczną Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną.</p> <p>W załączeniu przedkładam do wglądu powyższą opinię.</p> <p>Opinia nr .....</p> <p>Wydaną przez Publiczną Poradnię Psychologiczno-Pedagogiczną .....<br/>W .....</p> <p>.....<br/>Data i czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego</p> <p><b>Przedłożone dokumenty sprawdzono w zakresie formalnym.</b></p> <p>.....<br/>Data, podpis osoby przeprowadzającej rekrutację</p>                                                                                                                                                                           |
| 4. | <p><b>Dotyczy uczniów z posiadających status migranta lub uchodźcy</b></p> <p>Ja niżej podpisany/na oświadczam, że moje dziecko .....<br/>(imię i nazwisko dziecka)</p> <p>posiada status migranta/uchodźcy.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |



Fundusze Europejskie  
dla Mazowsza

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



**Mazowsze.**  
serce Polski

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