Załącznik nr 1

 do Regulaminu rekrutacji i udziału w projekcie

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**– ZAJĘCIA DODATKOWE /WYCIECZKI**

 **DLA UCZNIÓW**

**Projekt pn. „Akademia zdolnych uczniów w gminie Świebodzin”**

**nr FELB.06.07-IZ.00-0008/25,**

**realizowany przez gminę Świebodzin i współfinansowanym ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (EFS+)**

**w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Lubuskiego 2021-2027, Priorytet FELB.06.00-Fundusze Europejskie na wsparcie obywateli, dla Działania: FELB.06.07 - Edukacja-ZIT**

 Podanie poniższych danych jest dobrowolne, jednakże odmowa ich podania jest
 równoznaczna z brakiem możliwości uczestnictwa w Projekcie.

Należy uzupełnić białe pola bądź zaznaczyć prawidłową odpowiedź

|  |  |
| --- | --- |
| Przyjęto dokumentację rekrutacyjną  |  ………………………………………………… Data i podpis przedstawiciela Beneficjenta  |

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficjent | Gmina Świebodzin |
| Tytuł projektu | Akademia zdolnych uczniów w gminie Świebodzin |
| Nr projektu | FELB.06.07-IZ.00-0008/25 |
| Nazwa szkoły do której uczęszcza uczeń/uczennica |  |
| **DANE KANDYDATA / KANDYDATKI (UCZNIA/UCZENNICY)** |
| Imię (Imiona)  |   |
| Nazwisko  |   |
| Płeć  |  Kobieta  Mężczyzna  |
| Numer PESEL  |  |
| Obywatelstwo  |  polskie  |  brak obywatelstwa polskiego – obywatel kraju UE  |
|  brak obywatelstwa polskiego – obywatel kraju spoza UE  |
| Wiek w chwili przystapienia do projektu |  |
| Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej do której obecnie uczęszcza |  **Dzień:** …….. **Miesiąc:** …………………… **Rok:** ……………. |
| Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu | Osoba ucząca się |
| Obszar zamieszkania |  obszar miejski  obszar wiejski |
| Uczeń uczęszcza obecnie do klasy  |   I  II  III  IV   V  VI  VII  VIII |
| **ADRES ZAMIESZKANIA (UCZNIA/UCZENNICY)**  |
| Województwo  |  Lubuskie  Inne: ……………………………………………  |
| Powiat  |  |
| Gmina  |   |
| Miejscowość  |   |
| Ulica  |   |
| Numer domu  |   |
| Numer lokalu  |   |
| Kod pocztowy  |   |
| **DANE KONTAKOWE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO** |
| Telefon kontaktowy (do rodzica/opiekuna prawnego)  |   |
| Adres poczty elektronicznej (e-mail rodzica/opiekuna prawnego)  |   |

|  |
| --- |
| **STATUS OSOBY (UCZNIA/UCZENNICY) Z CHWILĄ PRZYSTĄPIENIA DO PROJEKTU****(należy odnieść się do każdego punktu)**  |
| Osoba obcego pochodzenia  |  Tak  Nie  |
| Osoba z państwa trzeciego\*  |  Tak  Nie  |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej) |  Tak  Nie  Odmowa  odpowiedzi  |
| Osoba bezdomna  |  Tak  Nie  |
| Osoba z niepełnosprawnością  |  Tak  Nie  Odmowa  odpowiedzi  |
| **KRYTERIA DOSTĘPU (PIERWSZEŃSTWA) UDZIAŁU W ZAJĘCIACH** |
| Uczeń posiada opinię/orzeczenie z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej o specjalnych potrzebach rozwojowych/edukacyjnych (jeśli tak, należy dołączyć kopię orzeczenia / opinii) |  Tak  Nie  Odmowa  odpowiedzi |
| Osoba z niepełnosprawnościami(jeśli tak, należy dołączyć kopię orzeczenia) |  Tak  Nie  Odmowa  odpowiedzi |
| Uczniowie z rodzin wielodzietnych, niepełnych lub w trudnej sutuacji społeczno – ekonomicznej  |  Tak  Nie  Odmowa  odpowiedzi |
| Informacja czy uczeń brał lub nie brał udziału w podobnych formach wsparcia |  Tak  Nie  |
| Uczniowie z terenów wiejskich |  Tak  Nie  |
| Informacja czy uczeń wymaga wsparcia psychologiczno-pedagogicznego lub terapeutycznego |  Tak  Nie  Odmowa  odpowiedzi |

\*obywatel państwa trzeciego – osoba, która nie jest obywatelem państwa członkowskiego Unii Europejskiej, w tym bezpaństwowiec w rozumieniu Konwencji o statusie bezpaństwowców z dnia 28 sierpnia 1954 r. i osoba bez ustalonego obywatelstwa

|  |
| --- |
| **INFORMACJA DOTYCZĄCA SZCZEGÓŁOWYCH POTRZEB W ZAKRESIE WYŻYWIENIA I INNYCH** |
| Proszę zaznaczyć usługę, której potrzebuje uczeń zgłaszany do projektu | 1. Szczególne potrzeby w zakresie wyżywienia
 |  Tak  Nie  |
| 1. Inne (szczególne preferencje, potrzeby)
 |  Tak  Nie  |
| Jeśli w pkt 1 zaznaczono Tak, proszę wymienić potrzeby w zakresie wyżywienia |  |
| Jesli w pkt 2 zaznaczono tak, proszę wymienić potrzeby: |  |

……………………………………………….. ……………………………..…………

 miejscowość, data czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

**OŚWIADCZENIE**

W związku z chęcią przystąpienia mojego dziecka do projektu pn. „Akademia zdolnego ucznia
w gminie Świebodzin”, oświadczam, że:

1. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym. Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Koorynatora szkolnego/ Biura Projektu o wszelkich zmianach w ww. danych.
2. Jestem świadomy/a, że złożenie dokumentów rekrutacyjnych nie jest równoznaczne
z zakwalifikowaniem mojego dziecka/podopiecznego do udziału w Projekcie.
3. Zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie „Akademia zdolnego ucznia w gminie Świebodzin”, akceptuję jego postanowienia i zobowiązuję się do ich przestrzegania.
4. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a, iż projekt współfinansowany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus.
5.  Oświadczam, iż uczeń zamieszkuje na obszarze wiejskim.\*
6.  Oświadczam, iż uczeń posiada opinię/orzeczenie z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej o specjalnych potrzebach rozwojowych/edukacyjnych (jeśli dotyczy należy dołączyć kopię orzeczenia/opinii). \*
7.  Oświadczam, że uczeń jest osobą z niepełnosprawnościami (jeśli dotyczy należy dołączyć kopię orzeczenia). \*
8.  Oświadczam, że uczeń jest z rodziny wielodzietnej, niepełnej lub w trudnej sutuacji społeczno – ekonomicznej. \*
9.  Oświadczam, że dziecko nie korzysta z tego samego rodzaju wsparcia w innych projektach współfinansowanych przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społeczego Plus.
10. Wyrażam zgodę na upowszechnianie wizerunku uczestnika projektu (mojego dziecka/podopiecznego) w materiałach zdjęciowych, audiowizualnych, prezentacjach tworzonych w związku z realizacją projektu zgodnie z art. 81 ust. 1 Ustawy z dnia 4 lutego 1994 roku o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2025 r, poz. 24).

……………………………………………….. ……………………………..…………

 miejscowość, data czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego

\* należy zaznaczyć jeśli dotyczy