



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZESTNIKÓW PROJEKTU / UCZNIOWIE

Nazwa beneficjenta / Partnera	Gmina – miasto Grudziądz
Nazwa projektu	Program wsparcia grudziądzkich szkół podstawowych w zakresie rozwijania kompetencji kluczowych
Program operacyjny	Regionalny Program Operacyjny Województwa Kujawsko-Pomorskiego na lata 2014-2020
Oś priorytetowa	RPKP.10.00.00 Innowacyjna edukacja
Działanie	RPKP.10.02.00 Kształcenie ogólne i zawodowe
Poddziałanie	RPKP.10.02.02 Kształcenie ogólne
Numer umowy o dofinansowanie projektu	UM_WR.433.1.017.2022
Miejsce realizacji / Szkoła	Szkoła Podstawowa nr 16 im. płk. Zbigniewa Makowieckiego w Grudziądzu, ul. Kochanowskiego 19, 86-300 Grudziądz

	Nazwa	Pole danych	
Dane uczestnika/-czki	Imię		
	Nazwisko		
	PESEL	_____	
	Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta	<input type="checkbox"/> mężczyzna
	Ulica		
	Nr domu		Nr lokalu
	Miejscowość		
	Kod pocztowy	___ - ___	Poczta
	Województwo		
	Powiat		
	Telefon kontaktowy (stacjonarny) ¹		
	Telefon kontaktowy (komórkowy)		
	Adres e-mail		
	Klasa		
Dane dodatkowe	Średnia ocen poniżej 4,0 w ubiegłym roku szkolnym	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
	Średnia ocen powyżej 4,0 w ubiegłym roku szkolnym	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie	
	Przynależność do mniejszości narodowej/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 z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
	Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	

¹ Należy wskazać numer telefonu stacjonarnego lub wpisać w kolejnej rubryce numer telefonu komórkowego.
Projekt współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Kujawsko - Pomorskiego na lata 2014-2020



Prosimy o wybranie szkoleń, w których chciałbyś/chciałabyś uczestniczyć poprzez zakreślenie **X** w polu wyboru.

Nazwa szkoły	lp.	Nazwa szkolenia	pole wyboru
Szkoła Podstawowa nr 16 im. płk. Zbigniewa Makowieckiego w Grudziądzu, ul. Kochanowskiego 19, 86-300 Grudziądz	1.	Zajęcia dodatkowe TIK	
	2.	Zajęcia dodatkowe z przedmiotów matematyczno – przyrodniczych, w tym:	
	3.	- matematyka	
	4.	- fizyka	
	5.	- geografia	
	6.	- biologia	
	7.	Zajęcia językowe j. angielski	
	8.	Zajęcia językowe j. niemiecki	
	9.	Zajęcia rozwijające umiejętność rozumienia - kreatywność	
	10.	Zajęcia specjalistyczne korekcyjno –kompensacyjne	
	11.	Zajęcia specjalistyczne logopedyczne	
	12.	Zajęcia specjalistyczne socjoterapeutyczne	
	13.	Metoda eksperymentu w zakresie komp. matem-przyrodniczych – biologia (kółko)	
	14.	Metoda eksperymentu w zakresie komp. matem-przyrodniczych – chemia (kółko)	
	15.	Metoda eksperymentu w zakresie komp. matem-przyrodniczych – geografia (kółko)	

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

- zapoznałem/-am się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Program wsparcia grudziądzkich szkół podstawowych w zakresie rozwijania kompetencji kluczowych” oraz akceptuję jego warunki,
- zapoznałem/-am się z zapisami w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Program wsparcia grudziądzkich szkół podstawowych w zakresie rozwijania kompetencji kluczowych” dotyczącymi praw i obowiązków Uczestnika/-czki projektu i w przypadku zakwalifikowania się do udziału mojego dziecka w projekcie zobowiązuję się do ich przestrzegania,
- zostałem/-am poinformowany/-a, że projekt „Program wsparcia grudziądzkich szkół podstawowych w zakresie rozwijania kompetencji kluczowych” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego,
- zostałem/-am poinformowany/-a, że złożenie niniejszego formularza rekrutacyjnego nie jest jednoznaczne z zakwalifikowaniem mojego dziecka do udziału w projekcie,
- zostałem/-am poinformowany/-a, że w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie wyrażam zgodę na poddanie mojego dziecka badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji projektu oraz po jego zakończeniu,
- zgodnie z wymogami projektu moje dziecko jest uprawnione do uczestniczenia w nim (spełnia warunki kwalifikowalności Uczestników/-czek projektu tj. jest uczniem/uczennicą w szkole objętej wsparciem w ramach projektu.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego