**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**

**do projektu FRSE - PMU POWER**

**Numer: 2021-1-PMU-4345**

**Tytuł: Edukacja bez granic - Rozwój kompetencji kluczowych.**

*[PROSZĘ WYPEŁNIĆ CZYTELNIE DRUKOWANYMI LITERAMI]*

**1. DANE UCZNIA.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko** |  |
| **Klasa** |  |
| **Data i miejsce urodzenia** |  |
| **Obywatelstwo** |  |
| **PESEL** |  |
| **Adres zamieszkania** |  |
| **Gmina** |  |
| **Powiat** |  |
| **Województwo** |  |
| **Numer telefonu** |  |
| **Adres e-mail** |  |

**2. DANE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Imię i nazwisko matki** |  |
| **Imię i nazwisko ojca** |  |
| **Numer telefonu do matki** |  |
| **Numer telefonu do ojca** |  |

**3. INNE. Proszę zaznaczyć znakiem „X” jeśli dotyczy.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zamieszkanie na wsi** |  |
| **Rodzina wielodzietna (minimum 3 dzieci)** |  |
| **Rodzina niepełna (zamieszkiwanie z 1 rodzicem; rozwód rodziców; brak rodzica)** |  |

**4. INFORMACJE O STANIE ZDROWIA UCZNIA – WYPEŁNIONE PRZEZ RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO.**

Proszę zaznaczyć znakiem „X” właściwe, jeśli dotyczy dziecka oraz podać szczegóły :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego** |  | ze względu na?.......................................................................................................................... |
| **orzeczenie o stopniu niepełnosprawności** |  | jaki stopień? jaki rodzaj niepełnosprawności?........................................................................................................................ |
| **orzeczenie o niepełnosprawności** |  | jaki rodzaj niepełnosprawności?......................................................................................................................... |
| **opinia z poradni pp****dot. zaburzeń emocjonalnych/depresyjnych itp.** |  | rodzaj problemu/ diagnoza?............................................................................................................................................................................................................................................... |
| **choroba przewlekła/ problem zdrowotny**(inny niż wymienione powyżej) |  | rodzaj choroby?.................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| **alergia** |  | na co? ewentualne objawy?........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| **przyjmowanie leków na stałe/ regularnie** |  | jakie? z jakiego powodu?........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| **nietolerancja pokarmowa/ dieta** |  | jakiego rodzaju?........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................... |
| **Inne ważne informacje o stanie zdrowia dziecka.** | ........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................ |

**Zaświadczam niniejszym o braku przeciwwskazań zdrowotnych na udział mojego syna/mojej córki w wyjeździe zagranicznym do Grecji w ramach projektu FRSE – PMU POWER.**

....................................................................................... ............................................................

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego miejscowość, data

**ZGODA RODZICÓW / OPIEKUNÓW**

**na udział w projekcie FRSE –PMU POWER**

Wyrażam zgodę na udział mojego syna/córki (podopiecznego/ej): ………………………................…………………… ur.…………………………, na udział w projekcie FRSE „Ponadnarodowa mobilność uczniów” realizowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój o numerze: 2021-1-PMU-4345, pt.Edukacja bez granic-Rozwój kompetencji kluczowych.

 Udział w Projekcie jest całkowicie bezpłatny – wszystkie koszty udziału w projekcie pokrywane są z funduszy Unii Europejskiej.

....................................................................................... ............................................................

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE**

**uczestnika oraz rodzica/ opiekuna prawnego**

**dot. regulaminu projektu**

Oświadczam, iż zapoznałem/łam się z regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w projekcie FRSE – PMU POWER i akceptuję wszystkie zawarte w nim warunki.

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

miejscowość i data podpis ucznia

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

miejscowość i data podpis rodzica/opiekuna

**ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA**

**(dot. tylko uczniów z problemami zdrowotnymi)**

***Załączam:***

[PROSZĘ PODKREŚLIĆ WŁAŚCIWE – załączone do formularza]

**1. Orzeczenie o niepełnosprawności.**

**2. Orzeczenie o stopniu niepełnosprawności.**

**3. Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego.**

**4. Opinia z poradni psychologiczno-pedagogicznej.**

**5. Zaświadczenie lekarskie poświadczające problem zdrowotny [[1]](#footnote-1).**

**6. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do udziału w wyjeździe zagranicznym (z uwzględnieniem ponad 20-godzinnej podróży autokarem). [[2]](#footnote-2)**

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

podpis rodzica/opiekuna

**WAŻNE!**

**ZAŁĄCZNIKI/DOKUMENTY WYMAGANE OD UCZNIA Z PROBLEMEM ZDROWOTNYM:**

**1. Dokument poświadczający problem zdrowotny** (orzeczenie o niepełnosprawności/stopniu niepełnosprawności/o potrzebie kształcenia specjalnego i/lub opinia z poradni pp i/lub zaświadczenie lekarskie).[[3]](#footnote-3)

**2. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do udziału w wyjeździe zagranicznym** (z uwzględnieniem ponad 20-godzinnej podróży autokarem).

1. Dotyczy tylko uczniów, którzy nie posiadają orzeczenia o niepełnosprawności, stopniu niepełnosprawności, potrzebie kształcenia specjalnego bądź opinii z poradni psychologiczno-pedagogicznej. [↑](#footnote-ref-1)
2. Dokument wymagany od wszystkich uczniów z problemem zdrowotnym. [↑](#footnote-ref-2)
3. Jeśli ww orzeczenie /opinia zostało już wcześniej dostarczone do szkoły, nie ma konieczności dodawania tego dokumentu do formularza. [↑](#footnote-ref-3)