Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE - uczeń**

**„KOMPETENTNI UCZNIOWIE”**

**NR FEKP.08.27-IZ.00-0004/24**

|  |
| --- |
| **Dane uczestnika/uczestniczki**  |
| Imię (imiona)  |  |
| Nazwisko  |  |
| Obywatelstwo (zaznacz właściwe)  | □ polskie  |
| □ brak obywatelstwa polskiego, obywatel kraju UE  |
| □ brak obywatelstwa polskiego, obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec |
| PŁEĆ | □ K |
| □ M |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Inny identyfikator w przypadku braku numeru PESEL  |  |
| **Dane teleadresowe** |
| Ulica  |  |
| Nr budynku  |  |
| Nr lokalu  |  |
| Miejscowość  |  |
| Kod pocztowy  |  |
| Gmina |  |
| Powiat  |  |
| Województwo  |  |
| Telefon kontaktowy  |  |
| Adres e-mail  |  |
| **Wybór formy wsparcia (postaw X przy wybranych przez siebie zajęciach)** | **Spełnienie kryteriów merytorycznych określonych w regulaminie:** |
| □ zajęcia wyrównawcze w zakresie wiedzy i umiejętności matematycznych | □ Tak □ Nie □ opinia nauczyciela potwierdzająca potrzebę wsparcia: |
| □ zajęcia wyrównawcze w zakresie wiedzy i umiejętności polonistycznych | □ Tak □ Nie □ opinia nauczyciela potwierdzająca potrzebę wsparcia: |
| □ zajęcia wyrównawcze w zakresie wiedzy i umiejętności z języka angielskiego | □ Tak □ Nie □ opinia nauczyciela potwierdzająca potrzebę wsparcia: |
| □ zajęcia rozwijające kompetencje cyfrowe oraz wiedzę z zakresu higieny cyfrowej | □ Tak □ Nie □ opinia nauczyciela potwierdzająca potrzebę wsparcia: |
| □ indywidualna terapia logopedyczna, | □ Tak □ Nie Dokument potwierdzający: |
| □ zajęcia korekcyjno-kompensacyjne dla uczniów z zaburzeniami i odchyleniami rozwojowymi oraz specyficznymi trudnościami w nauce | □ Tak □ Nie Dokument potwierdzający: |
| □ zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne dla uczniów z trudnościami w funkcjonowaniu społecznym, | □ Tak □ Nie Dokument potwierdzający: |
| □ zajęcia z zakresu preorientacji i doradztwa zawodowego | □ Tak □ Nie  |

|  |
| --- |
| **Szczególne potrzeby, które ułatwią Ci udział w projekcie** |
| Czy potrzebujesz dostosowania przestrzeni z uwagi na niepełnosprawność ruchową  | □ Nie □ Tak (opisz nam swoją potrzebę) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Czy potrzebujesz zapewnienia specjalistycznych materiałów w formie dostępnej (np. w języku migowym)?  | □ Nie □ Tak (opisz nam swoją potrzebę) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Czy potrzebujesz zapewnienia systemu wspomagającego słyszenie?  | □ Nie □ Tak (opisz nam swoją potrzebę) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Czy potrzebujesz zapewnienie tłumacza języka migowego ?  | □ Nie □ Tak (opisz nam swoją potrzebę) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Czy masz inną szczególną potrzebę, która ułatwi Twój udział w projekcie?  | □ Nie □ Tak (opisz nam swoją potrzebę) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |
| --- |
| **Status uczestnika/uczestniczki projektu w chwili przystąpienia do projektu**  |
| Osoba obcego pochodzenia | □ Nie □ Tak  |
| Osoba państwa trzeciego  | □ Nie □ Tak  |
| Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej ( w tym społeczności marginalizowane)  | □ Nie □ Tak □ Odmowa podania informacji  |
| Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  | □ Nie □ Tak  |
| Osoba z niepełnosprawnością  | □ Nie □ Tak □ Odmowa podania informacji |
| Osoba ucząca się  | □ Nie □ Tak Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej 31.08.20……..r.  |

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałam\łęm się i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Kompetentni uczniowie”.
2. Zastałam/łem poinformana/y, że projekt jest dofinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego Plus (wkład Funduszy Europejskich) i budżetu państwa w formie dotacji celowej, w ramach programu Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027, Priorytet 8 Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie FEKP 8.27 Kształcenie ogólne OPPT.
3. Dane podane przez mnie w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą.
4. Wyrażam zgodę na nieodpłatne: używanie wizerunku uczestniczki/uczestnika projektu bez konieczności każdorazowego jego zatwierdzania, w tym w formie zdjęć, nagrań, obróbkę, powielanie i wielokrotne rozpowszechnianie jakąkolwiek techniką na wszelkich nośnikach, wyłącznie na potrzeby niekomercyjnej działalności prowadzonej przez Gminę Bukowiec, w tym w celach promocyjno – informacyjnych projektu oraz na potrzeby wypełniania przez Gminę Bukowiec obowiązków zawartych w umowie o dofinansowanie projektu, w tym związanych z komunikacją i widocznością. Niniejsza zgoda jest nieodpłatna, nie jest ograniczona ilościowo, czasowo ani terytorialnie.

Różanna, dnia ………………………

 …………………………………………….

 /czytelny podpis ucznia/

 …………………………………………….

 /czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/

|  |
| --- |
| **Zaświadczenie o statusie uczestnika/uczestniczki** |
| **Wskazana powyżej osoba jest w roku szkolnym 2024/2025 uczennicą/uczniem klasy ….. Szkoły Podstawowej im. ks. Jana Twardowskiego w Różannie.** Potwierdzam (podpis i pieczęć dyrektora szkoły)  |