



Fundusze Europejskie
dla Warmii i Mazur

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Formularz rekrutacyjny Ucznia/Uczennicy do projektu „Rozwiń skrzydła z Trójką”

Informacje o projekcie	
1	Projekt „Rozwiń skrzydła z Trójką”
2	Nr wniosku FEWM.06.06-IZ.00-0022/25
3	Priorytet 6: Edukacja i kompetencje EFS+
4	Działanie 6.6: Edukacja w ZIT Ełk i Olsztyn
5	Schemat A ZIT OLSZTYN
6	Cel szczegółowy f: Wspieranie równego dostępu do dobrej jakości, włączającego kształcenia i szkolenia oraz możliwości ich ukończenia, w szczególności w odniesieniu do grup w niekorzystnej sytuacji, od wczesnej edukacji i opieki nad dzieckiem przez ogólne i zawodowe kształcenie i szkolenie, po szkolnictwo wyższe, a także kształcenie i uczenie się dorosłych, w tym ułatwianie mobilności edukacyjnej dla wszystkich i dostępności dla osób z niepełnosprawnościami

Zadania w projekcie	Zaznacz wybrane zadania (należy wybrać jedną formę wsparcia X, i jedną alternatywną ☒ , jeżeli dotyczy)
1. Baw się i mów po angielsku	☐
2. Przedsiębiorczy uczeń	☐
3. Podróże pełne kompetencji	☐
4. Odkrywanie siebie w ciszy - zajęcia dla uczniów z SPE	☐
5. Warsztaty dot. zapobiegania dyskryminacji i przemocy rówieśniczej motywowanej uprzedzeniami, cyberprzemocy i e-uzależnień (zajęcia obowiązkowe dla każdego uczestnika)	☒

I. POLA DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OSOBĘ CHCĄCĄ WZIĄĆ UDZIAŁ W PROJEKCIE (w przypadku osoby niepełnoletniej wypełnia rodzic/opiekun prawny)

A. Dane podstawowe	
Imię/Imiona ucznia/uczennicy	
Nazwisko ucznia/uczennicy	
Data urodzenia (dzień-miesiąc-rok) ucznia/uczennicy	
Wiek w momencie przystąpienia do projektu	
PESEL ucznia/uczennicy	
Płeć dziecka	☐ Kobieta ☐ Mężczyzna
Rodzaj uczestnika	☒ udział w projekcie z własnej inicjatywy

Wykształcenie		☒ niższe niż średnie
B. Dane kontaktowe (adres zamieszkania)		
Województwo	Powiat	Gmina
Miejscowość	Adres zamieszkania (ulica/ nr budynku/ nr lokalu)	
Miasto/Wieś	Kod pocztowy (wraz z nazwą miejscowości, w której znajduje się poczta)	
☐ Miasto ☐ Wieś		
Telefon kontaktowy do rodzica/opiekuna prawnego	Adres e-mail do rodzica/opiekuna prawnego	
Telefon kontaktowy dziecka(jeśli posiada)	Adres e-mail dziecka (jeśli posiada)	
C. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu		
Oświadczam, że moje dziecko uczęszcza do Szkoły Podstawowej nr 3 im. Kawalerów Orderu Uśmiechu w Olsztynie		☐ Tak ☐ Nie
Moje dziecko jest uczennicą/uczniem		☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8
Moje dziecko jest osobą ze szczególnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi Jeśli tak należy dołączyć odpowiednie dokumenty (opinia PPP/opinia nauczyciela/opinia wychowawcy/opinia psychologa/opinia pedagoga/opinia rady pedagogicznej/orzeczenia/inne dokumenty)		☐ Tak ☐ Nie
Proszę wskazać szczególne potrzeby ucznia/uczennicy dotyczące dodatkowych usprawnień, aby mógł/mogła uczestniczyć w projekcie. Informacje mogą dotyczyć potrzeb wynikających z niepełnosprawności lub stanu zdrowia. Informacje pozwolą nam podjąć działania związane z przygotowaniem miejsca spotkania lub sposobem prezentowania treści, a tym samym zapewnieniem efektywnego udziału w spotkaniu (np. istnieje możliwość skorzystania z usług dostępowych, takich jak tłumacz języka migowego, asystent osoby z niepełnosprawnością, itp.)		
Planowana data zakończenia edukacji w placówce, w której przystąpiono do formy wsparcia		31.08. r.
Czy Pana/Pani dziecko jest osobą bierną zawodowo?		☒ Tak ☐ Nie
W tym:		☒ Jest osobą uczącą się/uczestniczącą w kształceniu
Inne szczególne potrzeby Uczestnika Projektu – jeśli dotyczy		
D. Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu – dodatkowe informacje		

Moje dziecko jest osobą obcego pochodzenia (nie posiada polskiego obywatelstwa)	☐ Tak ☐ Nie
Moje dziecko jest osobą Państwa trzeciego (jest obywatelem kraju spoza Unii Europejskiej)	☐ Tak ☐ Nie
Moje dziecko jest osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowanej)	☐ Tak ☐ Nie
Moje dziecko jest osobą bezdomną lub dotkniętą wykluczeniem z dostępu do mieszkań	☐ Tak ☐ Nie
Moje dziecko jest osobą z niepełnosprawnościami Jeśli tak, proszę dołączyć kopię orzeczenia o niepełnosprawności oraz wskazać swoje potrzeby dotyczące dodatkowych usprawnień, aby móc uczestniczyć w projekcie:	☐ Tak ☐ Nie
Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (innej niż wymienione powyżej)	☐ Tak ☐ Nie
E. Dodatkowe informacje	
Moje dziecko pochodzi z rodziny wielodzietnej	☐ Tak ☐ Nie
Moje dziecko zamieszkuje tereny wiejskie	☐ Tak ☐ Nie
Moja rodzina znajduje się w trudnej sytuacji finansowej	☐ Tak ☐ Nie

Niniejszym oświadczam, że:

1. Wyrażam wolę uczestnictwa mojego dziecka w projekcie „Rozwiń skrzydła z Trójką”.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka przez Gminę Olsztyn wyłącznie w celu udzielenia wsparcia, realizacji projektu „Rozwiń skrzydła z Trójką”, ewaluacji, monitoringu, kontroli i sprawozdawczości w ramach programu Fundusze Europejskie dla Warmii i Mazur 2021-2027 zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.).
3. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego + .
4. Świadomy/a odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego za podanie nieprawdziwych lub niepełnych danych oświadczam, że informacje podane w niniejszej karcie są kompletne i zgodne ze stanem faktycznym. Przyjmuję do wiadomości, że informacje te mogą podlegać weryfikacji przez upoważnione instytucje (np. urzędy kontroli skarbowej) na podstawie krajowych rejestrów (np. rejestr ZUS, rejestr PUP) pod względem ich zgodności z prawdą.
5. Zobowiązuję się do udzielenia danych osobowych potrzebnych do monitorowania wskaźników kluczowych oraz przeprowadzenia ewaluacji.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

II. (Wypełnia pracownik Biura Projektu)

Data rozpoczęcia udziału w projekcie		
Data zakończenia udziału w projekcie		
Zakończenie udziału osoby we wsparciu zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	☐ Tak	☐ Nie
Powód wycofania się z proponowanej formy wsparcia		