|  |
| --- |
| **Wypełnia Koordynator Projektu:** |
| **Data wpływu formularza ………………..…………….**  |
| **Podpis przyjmującego formularz ………………………………** |

|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIA UDZIAŁU w projekcie:***SZKOŁY Z DUCHEM CZASU – II EDYCJA* nr RPMA.10.01.01-14-j578/23 |

**Grupa docelowa: uczniowie**

Proszę o zakwalifikowanie mnie/mojego dziecka do udziału w projekcie *„SZKOŁY Z DUCHEM CZASU – II EDYCJA"* nr RPMA.10.01.01-14-j578/23

|  |  |
| --- | --- |
| **Tytuł projektu** | ***SZKOŁY z DUCHEM CZASU – II EDYCJA***  |
| *Nr projektu* | **RPMA.10.01.01-14-j578/23** |
| *Oś Priorytetowa* | **X – Edukacja dla rozwoju regionu** |
| *Działanie* | **Działanie 10.1 - Edukacja ogólna** |
| *Beneficjent* | **Powiat Węgrowski** |
| *Termin realizacji projektu* | **1.07.2023-31.12.2013** |

|  |
| --- |
| **DANE UCZESTNIKA (UCZNIA)** |
| Imię/imiona |  |
| Nazwisko |  |
| Data urodzenia |  |
| PESEL |  |
| Nazwa szkoły |  |
| Poziom kształcenia |  |
| **DANE KONTAKTOWE UCZNIA** |
| Województwo | mazowieckie |
| Powiat |  |
| Gmina |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr budynku |  |
| Nr lokalu |  |
| Kod pocztowy |  |
| Telefon kontaktowy rodzica / opiekuna prawnego |  |
| Adres e-mail rodzica / opiekuna prawnego |  |
| Uczeń niepełnosprawny (TAK/NIE), jeżeli TAK proszę o podanie, na jakiej podstawie oraz o załączenie kopii orzeczenia lub zaświadczenia o niepełnosprawności |  |
| Uczeń o specjalnych potrzebach edukacyjnych (TAK/NIE), jeżeli TAK proszę o podanie, na jakiej podstawie (opinii wychowawcy lub opinii/orzeczenia Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej) |  |
| **DEKLARUJE CHĘĆ UDZIAŁU W PROJEKCIE W NASTĘPUJĄCYCH FORMACH WSPARCIA:**  |
| Rodzaj zajęć dydaktycznych[[1]](#footnote-1): | **TAK\*** | **NIE\*** |
| Zajęcia wyrównawcze z matematyki  |  |  |
| Zajęcia rozwijające z matematyki  |  |  |
| Zajęcia rozwijające z biologii  |  |  |
| Zajęcia rozwijające z chemii  |  |  |
| Zajęcia wyrównawcze z fizyki  |  |  |
| Zajęcia z techniki kręcenia filmu za pomocą kamery cyfrowej oraz obróbki komputerowej materiału filmowego |  |  |
| Zajęcia z techniki robienia zdjęć za pomocą aparatu cyfrowego oraz obróbki komputerowej materiału fotograficznego |  |  |
| Zajęcia z zakresu obróbki komputerowej materiałów wykorzystywanych na stronach www, w tym przede wszystkim w social mediach, z uwzgl. bezpieczeństwa w cyberprzestrzeni |  |  |

\*należy zaznaczyć znakiem X

Zasady uczestnictwa w projekcie:

1. Uczestnik/uczestniczka projektu posiada status ucznia szkoły uczestniczącej w projekcie.
2. Uczestnik/uczestniczka może wziąć udział w więcej niż jednej formie wsparcia w ramach projektu.
3. Zajęcia będą prowadzone w roku szkolnym 2023/2024.
4. Udział w ww. formach jest bezpłatny i dobrowolny.
5. Uczestnik/uczestniczka projektu jest zobowiązany/a do wypełnienia testów i ankiet ewaluacyjnych.
6. W przypadku zaznaczenia dwóch rodzajów zajęć w obrębie punktu 1., 2. lub 3 należy podkreślić zajęcia preferowane (udział w zajęciach drugiego wyboru będzie możliwy, jeśli będą wolne miejsca).

Potwierdzam poprawność i aktualność przedstawionych danych

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Miejscowość i data **CZYTELNY[[2]](#footnote-2)** Podpis rodzica/opiekuna prawnego lub Ucznia (pełnoletniego)

1. Wybór zajęć zależy od rodzaju ich prowadzania w trzech szkołach ponadpodstawowych zgodnie z Regulaminem projektu. [↑](#footnote-ref-1)
2. Jako czytelny podpis rozumiany jest **wyraźny** podpis **pełnym imieniem i nazwiskiem** [↑](#footnote-ref-2)