



Załącznik nr 1 do Regulaminu  
Rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Fabryka Kompetencji Kluczowych”  
dla Sportowej Szkoły Podstawowej nr 1 im. Polskich Olimpijczyków w Koszalinie

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU „Fabryka Kompetencji Kluczowych”

realizowanego w ramach RPO WZ 2014-2020, Oś Priorytetowa VIII Edukacja  
Działanie 8.4 Upowszechnienie edukacji przedszkolnej oraz wsparcie szkół i placówek prowadzących kształcenie ogólne oraz uczniów uczestniczących w kształceniu podstawowym, gimnazjalnym, ponadpodstawowym i ponadgimnazjalnym w ramach Strategii ZIT dla Koszalińsko – KołobrzESCO – Białogardzkiego Obszaru Funkcjonalnego

### **Zakres danych osobowych powierzonych do przetwarzania**

(podanie danych osobowych jest dobrowolne, aczkolwiek odmowa ich podania jest równoznaczna z brakiem możliwości udzielenia wsparcia w ramach Projektu)

**FORMULARZ PROSIMY WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI, A POLA WYBORU ZAZNACZYĆ "X".**

1. Informacja o szkole prowadzącej rekrutację:																					
Nazwa szkoły:	Sportowa Szkoła Podstawowa nr 1 im. Polskich Olimpijczyków w Koszalinie																				
Typ szkoły (właściwe zaznacz znakiem x):	<input checked="" type="checkbox"/> Szkoła Podstawowa <input type="checkbox"/> Liceum Ogólnokształcące																				
Adres szkoły (kod pocztowy, poczta, miejscowość, ulica, nr budynku):	75-601 Koszalin, ul. Zwycięstwa 117																				
Organ prowadzący szkołę:	Miasto Gmina Koszalin																				
2. Dane kandydata/kandydatki:																					
Kraj zamieszkania																					
Rodzaj uczestnika	<input type="checkbox"/> Indywidualny <input type="checkbox"/> Pracownik instytucji / podmiotu																				
Imię:																					
Nazwisko:																					
PESEL:													Płeć:	<input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M							
Wiek w chwili przystąpienia do projektu:									Data urodzenia:			-				-					
Wykształcenie (właściwe zaznacz znakiem x):																					
<input type="checkbox"/> Podstawowe (ISCED1) <input type="checkbox"/> Gimnazjalne (ISCED2) <input type="checkbox"/> Ponadgimnazjalne (ISCED3) <input type="checkbox"/> Wyższe (ISCED 5-8)																					



Adres zamieszkania		
Województwo:		Ulica:
Powiat:		Nr budynku:
Gmina:		Numer lokalu:
Miejscowość zamieszkania:		Kod pocztowy:
<b>Obowiązkowe dane kontaktowe - w przypadku osób niepełnoletnich – można podać dane kontaktowe do rodziców / opiekunów prawnych</b> <b>UWAGA: w przypadku uczniów należy podać co najmniej jedną z poniższych informacji, nauczyciele zobowiązani są do wskazania obu informacji.</b>		
Telefon kontaktowy (stacjonarny lub komórkowy) Uczestnika projektu:		
Adres poczty elektronicznej:		
3. Dane dodatkowe kandydata/kandydatki:		
Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu:	<input type="checkbox"/> osoba bierna zawodowo, w tym ucząca się <input type="checkbox"/> osoba pracująca (nauczyciel kształcenia ogólnego)	
Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia (w przypadku uczniów):		
Osoba z niepełnosprawnościami:	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
Osoba należąca do mniejszości narodowej lub 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 w niekorzystanej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej):	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Odmowa podania informacji	
4. Preferowane formy wsparcia kandydata/kandydatki: (właściwe zaznaczyć znakiem x)		
1. Poradnictwo zawodowe dla uczniów:	a) Grupowe doradztwo zawodowe	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	b) Indywidualne doradztwo zawodowe	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
2. Formy wsparcia dla uczniów	a) Zajęcia logopedyczne dla uczniów klas I (2 grypy, 1 grupa- 30 godzin lekcyjnych)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	b) Zajęcia korekcyjno-kompensacyjne dla uczniów klas I (2 grypy, 1 grupa- 30 godzin lekcyjnych)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	c) Zajęcia z zakresu edukacji ekologicznej dla klas IV (2 grypy, 1 grupa- 30 godzin lekcyjnych)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	d) Eksperyment i obserwacja jako źródło wiedzy biologicznej w klasach VI (2 grypy, 1 grupa- 30 godzin lekcyjnych)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	e) Tabliczka mnożenia „PIKUŚ” (2 grypy, 1 grupa- 30 godzin lekcyjnych)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	f) „Liczę, myślę, manipuluję” zajęcia dla klas I (2 grypy, 1 grupa- 30 godzin lekcyjnych)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE



	g) Robotyka dla klas I (1 grupa, 30 godzin lekcyjnych)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	h) Robotyka dla klas IV (1 grupa, 30 godzin lekcyjnych)	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
3. Formy wsparcia dla nauczycieli:	a) Studia podyplomowe	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
<b>5. Specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie:</b>		
Czy kandydat jest osobą poruszającą się na wózku inwalidzkim?	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE	
Czy kandydat ma specjalne potrzeby związane z udziałem w projekcie?		

.....  
(miejsowość i data)

.....  
(czytelny podpis kandydata)

.....  
(czytelny podpis opiekuna prawnego)\*

\*wymagany w przypadku, gdy kandydat jest osobą niepełnoletnią.

Wynik rekrutacji (wypełnia szkoła)		
Kandydat/kandydatka zakwalifikowany/a do udziału w projekcie	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
Data:		
Czytelny podpis Szkolnego Koordynatora Projektu / Dyrektora Szkoły:		
Data rozpoczęcia udziału w projekcie (data udziału w pierwszej formie wsparcia w ramach projektu):		