



Załącznik nr 1

Data złożenia formularza	Godzina złożenia formularza	Podpis osoby przyjmującej

**Formularz zgłoszeniowy uczestnika**do projektu: „**Równe szanse edukacyjne**” nr **FEMP.06.10-IP.01-0147/24**

realizowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus  
Priorytet Fundusze europejskie dla rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego  
Działanie 6.10 Wsparcie kształcenia ogólnego, Typ A. Edukacja włączająca w szkołach i placówkach  
systemu oświaty prowadzących kształcenie ogólne  
Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021 – 2027

Imię (imiona)uczestnika/ czki projektu	Nazwisko uczestnika/czki projektu

Jestem mieszkańcem Województwa Małopolskiego			Uczę się w LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCYM na terenie Województwa Małopolskiego, tj. (Jeśli tak, proszę podać nazwę i adres szkoły)			
Tak	Nie	Jeśli tak, proszę podać Kod pocztowy				

Oświadczenie	Tak	Nie
<b>Jestem osobą z niepełnosprawnością</b> Za osoby niepełnosprawne uznaje się osoby niepełnosprawne w świetle przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 1997 r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnieniu osób niepełnosprawnych (Dz. U. z 2023 r. poz. 100, z późn. zm.), a także osoby z zaburzeniami psychicznymi, o których mowa w ustawie z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2022 r. poz. 2123), tj. osoby z odpowiednim orzeczeniem lub innym dokumentem poświadczającym stan zdrowia.		
<b>Jestem uczniem ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi</b> (osoby posiadające orzeczenie/diagnozę) Dzieci/młodzież, które posiadają orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego, jak i te, które mają trudności w realizacji standardów wymagań programowych, wynikające ze specyfiki ich funkcjonowania poznawczo-percepcyjnego (niższe niż przeciętne możliwości intelektualne, a także dysleksja, dysgrafia, dysortografia, dyskalkulia), zdrowotnego (dzieci przewlekle chore) oraz ograniczeń środowiskowych (dzieci emigrantów, dzieci z rodzin niewydolnych wychowawczo)		

Forma wsparcia	Przedmiot (chęć udziału zaznaczyć „x”)			
Zajęcia dydaktyczno - wyrównawcze	Matematyka	Język polski	Język angielski	
Zajęcia rozwijające	Matematyka	Biologia	Chemia	Umiejętność uczenia się
Forma wsparcia	Przedmiot / rodzaj/ miejsce	Chęć udziału	Uzasadnienie chęci udziału	



		zaznaczyć „X”	
Zajęcia specjalistyczne	Rozwijające kompetencje społeczne		
	Trening umiejętności społecznych		
	Arteterapia		
	BIOFEEDBACK <i>Obowiązkowe dołączenie zaświadczenia od lekarza</i>		
Wyjazd integracyjny	Kraków		1. 2. 3.
	Warszawa		1. 2. 3.
Szkolenia antydyskryminacyjne z zakresu przeciwdziałania dyskryminacji i przemocy			<i>Obowiązkowa opinia pedagoga szkolnego</i>

- Załączam IPET/ orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego/ orzeczenie o potrzebie indywidualnego nauczania/ opinię poradni psychologiczno – pedagogicznej/ opinię zespołu nauczycieli i specjalistów/ protokół i Uchwała Rady Pedagogicznej, z której wynika potrzeba objęcia wsparciem\*: nr ..... z dnia ..... obowiązuje do dnia .....
- Załączam zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do udziału w terapii BIOFEEDBACK;
- Załączam dokument potwierdzający specjalne potrzeby edukacyjne i rozwojowe tj. ....  
: .....

Specjalne potrzeby wynikające z niepełnosprawności		Proszę podać właściwe
Pytanie skierowane jest do osób z niepełnosprawnościami lub innych osób mających trwale lub czasowo naruszoną sprawność w zakresie poruszania się czy percepcji (wzroku, słuchu itp.) lub z innymi ograniczeniami utrudniającymi dostęp do procesu edukacji	Architektura dostosowana dla osób poruszających się na wózku inwalidzkim	
	Architektura oznaczona alfabetem Brail'a i komunikaty głosowe	
	Zapewnienie dostępności materiałów szkoleniowych	
	Zapewnienie tłumacza języka migowego	
	Zapewnienie narzędzi technologicznych umożliwiających odpowiedni dostęp i odbiór informacji np. pętla indukcyjna	
	Pomoc asystenta	
	Inne, jakie?	

<b>Oświadczenia i deklaracje</b> (przy właściwym stwierdzeniu proszę zaznaczyć „X”)	<b>Tak</b>	<b>Nie</b>
---	------------	------------



Zapoznałam/em się z treścią regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w formach wsparcia oferowanych w ramach projektu realizowanego przez Powiat Tarnowski i zobowiązuję się do regularnego udziału w w/w formach wsparcia.		
Oświadczam, że przed przystąpieniem do pierwszej formy wsparcia na potwierdzenie faktu spełnienia kryteriów podanych w niniejszym formularzu dostarczę właściwy dokument, tj. świadectwo szkolne z poprzedniej klasy, wydruk z e-Dziennika lub inny właściwy dokument		
Oświadczam, iż w chwili zakwalifikowania się do udziału w projekcie deklaruję udział w oferowanych formach wsparcia		
Oświadczam, iż w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie złożę wypełniony <b>Załącznik 2 Deklarację uczestnictwa.</b>		
Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu zgłoszeniowym są zgodne z prawdą. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.		

\_\_\_\_\_

miejsce, data

\_\_\_\_\_

czytelny podpis uczestnika/czki projektu

\_\_\_\_\_

— czytelny podpis rodzica lub opiekuna  
prawnego

Opinia pedagoga szkolnego w sprawie udziału w szkoleniach antidyskryminacyjnych	
Miejsce, data	podpis i pieczęć pedagoga szkolnego

Oświadcza się, że uczeń/uczennica					
Imię i nazwisko		klasa	Liceum Ogólnokształcącego w (pieczęć szkoły)		
w roku szkolnym 2023/2024 uzyskał/ła ocenę z przedmiotu **					
Matematyka	Język polski	Język angielski	Biologia	Chemia	
posiada osiągnięcia w olimpiadach/ konkursach/ turniejach związanych z przedmiotem** (zajęte miejsce - Nazwa konkursu/ olimpiady/turnieju)**					
Matematyka					
Język angielski					
Język polski					
Biologia					



<b>Chemia</b>	
<b>Umiejętność uczenia się</b>	
Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą – na podstawie danych z e-Dziennika, świadectw, księgi uczniów. Jestem świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.	
Miejscowość, data	podpis i pieczęć dyrektora szkoły

\*niepotrzebne skreślić

\*\* uzupełnić jedynie w odniesieniu do przedmiotów, do udziału w których ubiega się uczeń/ uczennica