

Załącznik nr 1 do Regulaminu Uczestnictwa w projekcie

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY

Proszę o wypełnienie wszystkich poniższych pól:

Tytuł projektu		„Rozwój i wsparcie edukacji włączającej w Szkołach Podstawowych w Gminie Żukowo”	
Nr projektu		FEPM.05.08-IZ.00-0068/23	
Nazwa Szkoły Podstawowej do której uczeń uczęszcza			
Dane uczestnika	1	Imię (imiona)	
	2	Nazwisko	
	3	Płeć	
	4	Data urodzenia	
	5	PESEL/Inny identyfikator	
	6	Obywatelstwo	
	7	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
	8	Wykształcenie	<input type="checkbox"/> ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0-2) (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum) <input type="checkbox"/> PONADGIMNAZJALNE (ISCED 3) LUB POLICEALNE (ISCED 4) (osoby, które ukończyły szkołę: zawodową (a po 2017r. szkołę branżową I stopnia), liceum, technikum, liceum uzupełniające, technikum uzupełniające, liceum profilowane, szkołę branżową II stopnia, szkołę policealną) <input type="checkbox"/> WYŻSZE (ISCED 5-8) (osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie)
	9	Kraj	
	10	Województwo	
	11	Powiat	
	12	Gmina	
	13	Miejscowość	
	14	Ulica	
	15	Nr domu	

Dane kontaktowe	16	Nr lokalu	
	17	Kod pocztowy	
	18	Telefon kontaktowy	
	19	Adres poczty elektronicznej (e-mail)	
	20	Osoba obcego pochodzenia TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
	21	Osoba z państwa trzeciego TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
	22	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane) TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/>	
	23	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
	24	Osoba z niepełnosprawnościami TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI <input type="checkbox"/>	
Szczególne potrzeby w zakresie dostępności	25	Moje dziecko potrzebuje wsparcia w zakresie zaspokojenia szczególnych potrzeb: TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>	
	26	W przypadku zaznaczenia powyżej odpowiedzi Tak proszę wskazać rodzaj wsparcia (np. tłumacz języka migowego, pętla indukcyjna, przygotowanie materiałów informacyjnych na zajęcia wydrukowanych większą czcionką niż standardowa, organizacja zajęć w dostępnym architektonicznie pomieszczeniu itd...):	

- Oświadczam, że moje dziecko spełnia wszystkie wymagania określone w regulaminie Uczestnictwa w projekcie i spełnia kryteria uprawniające do udziału w projekcie.
- Oświadczam, iż moje dziecko **posiada** specjalne potrzeby rozwojowe i edukacyjne.
- Oświadczam, iż moje dziecko **posiada** dokumenty potwierdzające specjalne potrzeby rozwojowe i edukacyjne (np. orzeczenie, opinia).
- Deklaruję uczestnictwo mojego dziecka w**:

1.	Indywidualnych zajęciach z psychologiem w ramach zajęć dla uczniów z orzeczeniem o zagrożeniu niedostosowaniem społecznym.	
2.	Zajęciach Treningu Umiejętności Społecznych (TUS) w ramach zajęć dla uczniów z orzeczeniem o zagrożeniu niedostosowaniem społecznym.	
3.	Zajęciach Terapii pedagogicznej w ramach zajęć dla uczniów z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera.	
4.	Zajęciach integracji sensorycznej w ramach zajęć dla uczniów z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera.	

5.	Zajęciach Terapii pedagogicznej w ramach zajęć dla uczniów z orzeczeniem o niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim.	
6.	Konsultacjach z psychologiem w ramach zajęć dla uczniów z orzeczeniem o niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim.	
7.	Zajęciach Treningu Umiejętności Społecznych (TUS) w ramach zajęć dla uczniów z orzeczeniem o niepełnosprawności intelektualnej w stopniu lekkim.	
8.	Zajęciach logopedycznych w ramach zajęć dla uczniów z orzeczeniem o niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji.	
9.	Zajęciach gimnastyki korekcyjnej w ramach zajęć dla uczniów z orzeczeniem o niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji.	
10.	Zajęciach Terapii pedagogicznej w ramach zajęć dla uczniów z orzeczeniem o niepełnosprawności ruchowej, w tym afazji.	
11.	Indywidualnych zajęciach z doradztwa zawodowego.	

5. Jako rodzic dziecka ze szczególnymi potrzebami edukacyjnymi deklaruję chęć udziału w indywidualnych konsultacjach ze specjalistami*: **Tak/Nie.**
6. **Planowany program indywidualnych konsultacji dla rodziców:**
- ✓ uporządkowanie natłoku intensywnej emocji i poprawa samopoczucia rodziców,
 - ✓ budowanie zdrowych relacji z dzieckiem,
 - ✓ wsparcie w zakresie umiejętności obserwowania dziecka, odpowiedniej interpretacji jego zachowań oraz prawidłowej reakcji na te zachowania,
 - ✓ pomoc w zakresie sposobów prowadzenia odpowiednich ćwiczeń z dzieckiem.
7. Oświadczam, że wyżej wymienione informacje są zgodne z prawdą.
8. Zobowiązuję się informować o zmianach dotyczących danych osobowych.
9. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem projektu, jego treść jest dla mnie zrozumiała, przyjmuje go do wiadomości i zobowiązuje się do jego przestrzegania.
10. Zostałam/am poinformowany/a o współfinansowaniu Projektu ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Pomorza 2021-2027.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis uczestnika/opiekuna prawnego uczestnika

***podkreśl właściwe**

****zaznacz haczykiem zajęcia w których dziecko ma wziąć udział, zgodnie ze specjalnymi potrzebami rozwojowymi i edukacyjnymi dziecka**