

**FORMULARZ REKRUTACYJNY DO PROJEKTU W RAMACH
Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa
Śląskiego na lata 2014-2020 (Europejski Fundusz Społeczny)**

**„Wzmocnienie potencjału edukacyjnego Zespołu Szkół Specjalnych
im. Matki Teresy z Kalkuty”.**

proszę o wypełnienie tylko białych pól

Do projektu pt. „Wzmocnienie potencjału edukacyjnego Zespołu Szkół Specjalnych im. Matki Teresy z Kalkuty” realizowanego przez Gminę Miejską Żory oraz Zespół Szkół Specjalnych im. Matki Teresy z Kalkuty w Żorach w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego województwa śląskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa XI Wzmocnienie potencjału edukacyjnego, Działanie 11.1 Ograniczenie przedwczesnego kończenia nauki szkolnej oraz zapewnienie równego dostępu do dobrej jakości edukacji elementarnej, kształcenia podstawowego i średniego, Poddziałanie 11.1.4 Poprawa efektywności kształcenia ogólnego – konkurs

Dane uczestnika	1	Imię	
	2	Nazwisko	
	3	PESEL	
	4	Kraj	
	5	Rodzaj uczestnika	
	6	Nazwa Instytucji	
	7	Płeć	
	8	Data urodzenia	
	9	Wiek w chwili przystąpienia do projektu	
	10	Wykształcenie	
Dane kontaktowe uczestnika	11	Kraj	
	12	Województwo	
	13	Powiat	

	14	Gmina	
	15	Miejscowość	
	16	Ulica	
	17	Nr budynku	
	18	Nr lokalu	
	19	Kod pocztowy	
	20	Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA)	
	21	Telefon kontaktowy	
	22	Adres e-mail	
Szczegóły i rodzaj wsparcia	23	Data rozpoczęcia udziału w projekcie	
	24	Data zakończenia udziału w projekcie	
	25	Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu	
	26	Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia	
	27	Wykonywany zawód	
	28	Zatrudniony w	
	29	Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	
	30	Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie	
	31	Inne rezultaty dotyczące osób młodych	
	32	Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa	
	33	Rodzaj przyznanego wsparcia	
	34	Data rozpoczęcia udziału we wsparciu	
	35	Data zakończenia udziału we wsparciu	
	36	Data założenia działalności gospodarczej	

	37	Kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej	
	38	PKD założonej działalności gospodarczej	
Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu	39	Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia	TAK / NIE*
	40	Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	TAK / NIE*
	41	Osoba z niepełnosprawnościami	TAK / NIE*
	42	Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej	TAK / NIE*
	43	Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opiszem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu	

* prawidłową odpowiedź należy pozostawić nieprzekreśloną

1. Zgłaszam chęć uczestnictwa w doskonaleniu w zakresie:

Rodzaj doskonalenia	Tak*	Cel doskonalenia (umotywowanie chęci uczestnictwa)
„Eksperyment – nauczanie przez odkrywanie - wykorzystanie metody IBSE na zajęciach- szkolenie		
„Laboratorium Tajemnic” – warsztaty dla nauczycieli przedmiotów przyrodniczych		
Studia doskonalące „Kompetencje nauczyciela w pracy z uczniem ze spektrum autyzmu, w tym z zespołem Aspergera oraz uczniem niedostosowanym społecznie”		
Sensoplastyka – kurs		

Choreoterapia - kurs		
Kompleksowa diagnostyka i terapia dysfagii u dorosłych i dzieci - szkolenie		
„Terapia ręki” – kurs		
Ortoptyka – podstawy diagnozy i rewalidacji – kurs		
Funkcjonalna ocena i terapia widzenia dzieci- kurs		
Szkolenie z zakresu oceny efektywności porozumiewania się dzieci niemówiących – I, II, III stopień		

2. Zgłaszam chęć prowadzenia zajęć dla uczniów w zakresie:

Rodzaj wsparcia	Tak*	Umotywowanie chęci prowadzenia zajęć
Zajęcia przyrodnicze prowadzone metodą eksperymentu z zakresu geografia i przyroda		
Zajęcia przyrodnicze prowadzone metodą eksperymentu z zakresu biologia i chemia		
Zajęcia prowadzone metodą eksperymentu z zakresu fizyka		
Zajęcia z języka angielskiego		
Zajęcia wyrównawcze z matematyki		

Zajęcia "Szkola alternatywnego komunikowania się dla dzieci" – dla uczniów niemówiących i słabo mówiących		
Zajęcia „Szkola zabaw i gier ruchowych”		
Zajęcia z rewalidacji ruchowej z terapeutą		
Zajęcia rewalidacyjne z tyflopedagogiem		
Zajęcia z choreoterapii		
Zajęcia z sensoplastyki		

* należy postawić X przy wybranej formie wsparcia

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU