

DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE

Rozwijam zawodowe skrzydła

Nr projektu: **RPSL.11.02.01-24-0806/17**

Ja, niżej podpisana/ny

.....
(imię i nazwisko)

uczennica/uczeń⁽¹⁾

**Branżowej Szkoły I stopnia/Technikum⁽¹⁾
w Zespole Szkół Ekonomiczno - Usługowych
ul. gen. Wł. Sikorskiego 9, 41-600 Świętochłowice**

deklaruję udział w Projekcie "Szkoła Rozwijam zawodowe skrzydła", realizowanym przez Zespół Szkół Ekonomiczno-Usługowych w Świętochłowicach w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020 OŚ PRIORYTETOWA XI Wzmocnienie potencjału edukacyjnego DZIAŁANIE 11.2 Dostosowanie oferty kształcenia zawodowego do potrzeb lokalnego rynku pracy – kształcenie zawodowe uczniów PODDZIAŁANIE 11.2.1 Wsparcie szkolnictwa zawodowego – ZIT Subregionu Centralnego.

1. Oświadczam, że spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające mnie do udziału w Projekcie określone w § 3 ust. 1 Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie "Rozwijam zawodowe skrzydła",
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie i tym samym zobowiązuję się do systematycznego udziału w formach wsparcia, do których zostałam/em zakwalifikowana/y.
3. Wyrażam zgodę na poddanie się badaniom ewaluacyjnym w trakcie realizacji Projektu oraz po jego zakończeniu.
4. Oświadczam, że zostałam/em pouczona/y o odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą.
5. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y, że Projekt jest współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.
6. Oświadczam, iż nie ma przeciwwskazań zdrowotnych do mojego udziału w projekcie.

.....
miejsowość i data

.....
podpis uczestnika

.....
podpis rodzica lub opiekuna prawnego⁽²⁾

⁽¹⁾ niepotrzebne skreślić

⁽²⁾ wymagany w przypadku, gdy Uczestnik jest osobą niepełnoletnią

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO UDZIAŁU W PROJEKCIE

Rozwijam zawodowe skrzydła

Beneficjent	Miasto Świętochłowice
Realizator projektu	Zespół Szkół Ekonomiczno-Ustugowych w Świętochłowicach
Nr projektu	RPSL.11.02.01-24-0806/17
Czas trwania projektu	01.09.2018 r. - 31.08.2019 r.

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

Dane osobowe	Imię/imiona												
	Nazwisko												
	Data urodzenia												
	Płeć	<input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna											
	PESEL	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											
Adres zamieszkania	Miejscowość												
	Kod pocztowy, Poczta												
	Ulica												
	Nr domu												
	Nr lokalu												
	Obszar	<input type="checkbox"/> Miejski <input type="checkbox"/> Wiejski											
	Województwo												
Dane kontaktowe	Telefon stacjonarny												
	Telefon komórkowy												
	Adres poczty elektronicznej												



Status kandydata	Kierunek kształcenia	<input type="checkbox"/> fryzjer <input type="checkbox"/> elektronik <input type="checkbox"/> monter sieci i urządzeń telekomunikacyjnych <input type="checkbox"/> kierowca-mechanik <input type="checkbox"/> technik informatyk
	Klasa	
	Z orzeczeniem o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
	Nr decyzji	
Opiekun prawny	Imię i nazwisko rodzica (opiekuna prawnego)	
	Adres zamieszkania	
	Telefon kontaktowy	

.....
miejsowość i data

.....
podpis uczestnika projektu

.....
podpis rodzica lub opiekuna prawnego*

*wymagany w przypadku, gdy uczestnik jest osobą niepełnoletnią

OPINIA WYCHOWAWCY / NAUCZYCIELA PRZEDMIOTU ZAWODOWEGO

Rozwijam zawodowe skrzydła

Nr projektu: **RPSL.11.02.01-24-0806/17**

.....
imię i nazwisko ucznia

Krótką informacją o uczniu:

1. umiejętność pracy w grupie:
.....
.....
2. zaangażowanie w wypełnianie obowiązku szkolnego:
.....
.....
3. frekwencja za ostatni semestr:
liczba godzin nieobecnych:w tym usprawiedliwionych:
4. średnia ocen za ostatni semestr:
5. ocena z zachowania za ostatni semestr:
6. kultura osobista:
.....
7. czy uczeń ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (jakimi?):
.....
8. sytuacja społeczna i materialna ucznia:
.....
.....

.....
data i podpis wychowawcy



9. opinia nauczyciela przedmiotu zawodowego:

.....

.....

.....

data i podpis nauczyciela przedmiotu zawodowego