



Załącznik nr 1 do Deklaracji uczestnictwa w projekcie

FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO UDZIAŁU W PROJEKCIE**„ZAWODOWCY NA START” - nr FEKP.08.28-IZ.00-0002/24**

Program: Fundusze Europejskie dla Kujaw i Pomorza 2021-2027, Priorytet: 8 Fundusze europejskie na wsparcie w obszarze rynku pracy, edukacji i włączenia społecznego, Działanie: FEKP.08.28 Kształcenie zawodowe.

	Lp.	Nazwa		
Dane uczestnika	1	Imię (imiona)	Nazwisko	
	2	Data urodzenia	Wiek w chwili przystąpienia do projektu (w latach)	
	3	Płeć (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> Kobieta <input type="checkbox"/> Mężczyzna		
	4	PESEL		
	5	Wykształcenie (zaznacz właściwe) <input type="checkbox"/> podstawowe <input type="checkbox"/> inne:		
	6	<input type="checkbox"/> Technikum: kierunek.....Klasa.....		
Dane kontaktowe	7	Obywatelstwo:		
	8	Miejscowość	Kod pocztowy	
	9	Gmina	Powiat	
	10	Województwo	Kraj	
	11	Telefon komórkowy * <input type="checkbox"/> Nie posiadam	e-mail * <input type="checkbox"/> Nie posiadam	
*Aby brać udział w projekcie należy wypełnić co najmniej jedną rubrykę poprzez podanie danych kontaktowych				
Status osoby w chwili przystąpienia do projektu	12	Jestem osobą bierną zawodowo, w tym uczącą się	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
		Jestem osobą obcego pochodzenia	<input type="checkbox"/> tak	<input type="checkbox"/> nie
		Jestem osobą państwa trzeciego	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
		Jestem osobą należącą do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
		Jestem osobą bezdomną lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji
		Jestem osobą z niepełnosprawnościami	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> odmowa podania informacji



Wybór formy wsparcia	13	Zajęcia pozalekcyjne dla uczniów <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Zajęcia z języka angielskiego <input type="checkbox"/> Zajęcia z matematyki <input type="checkbox"/> Zajęcia interpersonalne i społeczne <input type="checkbox"/> Zajęcia z kompetencji cyfrowych/informatycznych <input type="checkbox"/> Zajęcia rozwijające kompetencje gastronomiczne <input type="checkbox"/> Zajęcia z branży logistycznej <input type="checkbox"/> Zajęcia z branży ekonomicznej <input type="checkbox"/> Zajęcia z branży fryzjerskiej <input type="checkbox"/> Zajęcia z branży mechatronicznej i mechanicznej
Data ukończenia szkoły	14	Przewidywana data ukończenia szkoły: 31.08. (wpisać rok)
Dodatkowe	15	Oświadczam, że wyżej wybrane przeze mnie formy wsparcia odpowiadają na moje indywidualne potrzeby rozwojowe i edukacyjne oraz są zgodne z moimi możliwościami psychofizycznymi.
Specjalne potrzeby ucznia	16	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Nie zgłaszam żadnych specjalnych potrzeb <input type="checkbox"/> Tłumacz polskiego języka migowego (PJM) <input type="checkbox"/> Tłumacz systemu językowo-migowego (SJM) Opcja 3 <input type="checkbox"/> Tłumacza Systemu Komunikowania się Osób Głuchoniewidomych (SKOGN) <input type="checkbox"/> Dostępność architektoniczna na przykład: wejście na poziomie terenu wokół budynku, pochylnia, winda <input type="checkbox"/> Przygotowanie materiałów informacyjnych/szkoleniowych wydrukowanych większą czcionką niż standardowa <input type="checkbox"/> Materiały w alfabecie Braille'a <input type="checkbox"/> Pętla indukcyjna <input type="checkbox"/> Wsparcie asystenta na przykład: osoby niewidomej, osoby głuchoniewidomej, osoby z niepełnosprawnością ruchową; <input type="checkbox"/> Obecność osoby towarzyszącej/asystenta osoby z niepełnosprawnością <input type="checkbox"/> Specjalne potrzeby żywieniowe <input type="checkbox"/> Zapewnienie warunków dla psa asystującego inne (proszę podać), na przykład: wydłużenie czasu wsparcia wynikające z konieczności wolniejszego tłumaczenia na język migowy, wolnego mówienia, odczytywania komunikatów z ust Inne:

.....dnia,.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis uczestnika

.....
Czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego -
(obowiązkowe w przypadku uczestników niepełnoletnich)