***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 indentyfikator | |  |
| 6 | Obywatelstwo | |  |
| 7 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu | |  |
| 8 | Wykształcenie | | **☐** **ŚREDNIE I STOPNIA LUB NIŻSZE (ISCED 0-2)**  (przedszkole, szkoła podstawowa, gimnazjum)  **☐** **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  **☐** **WYŻSZE (ISCED 5-8)**  (osoby, które ukończyły studia krótkiego cyklu, studia licencjackie lub inżynierskie, studia magisterskie, studia doktoranckie) |
| Dane kontaktowe | 9 | Kraj | |  |
| 10 | Województwo | |  |
| 11 | Powiat | |  |
| 12 | Gmina | |  |
| 13 | Miejscowość | |  |
| 14 | Ulica | |  |
| 15 | Nr domu | |  |
| 16 | Nr lokalu | |  |
| 17 | Kod pocztowy | |  |
| 18 | Telefon kontaktowy | |  |
| 19 | Adres poczty elektronicznej (e-mail) | |  |
| 20 | Osoba obcego pochodzenia  TAK [\_] NIE [\_] | | |
| 21 | Osoba z państwa trzeciego  TAK [\_] NIE [\_] | | |
| 22 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej (w tym społeczności marginalizowane)  TAK [\_] NIE [\_] ODMOWA PODANIA INFORMACJI [\_] | | |
| 23 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań  TAK [\_] NIE [\_] | | |
| 24 | Osoba z niepełnosprawnościami  TAK [\_] NIE [\_] ODMOWA PODANIA INFORMACJI [\_] | | |
| Szczególne potrzeby w zakresie dostępności | 25 | Moje dziecko potrzebuje wsparcia w zakresie zaspokojenia szczególnych potrzeb:  TAK [\_] NIE [\_] | | |
| 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…):  …………………………………………………………………………………………………………………………  …………………………………………………………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………… | | |

1. Oświadczam, że moje dziecko spełnia wszystkie wymogi określone w regulaminie Uczestnictwa w projekcie i spełnia kryteria uprawniające do udziału w projekcie.
2. Oświadczam, iż moje dziecko **posiada** specjalne potrzeby rozwojowe i edukacyjne.
3. Oświadczam, iż moje dziecko **posiada** dokumenty potwierdzające specjalne potrzeby rozwojowe i edukacyjne (np. orzeczenie, opinia).
4. 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 Aspargera.** |  |
| 4. | Zajęciach integracji sensorycznej w ramach zajęć **dla uczniów z autyzmem, w tym  z zespołem Aspargera.** |  |
| 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. |  |

1. Jako rodzic dziecka ze szczególnymi potrzebami edukacyjnymi deklaruję chęć udziału   
   w indywidualnych konsultacjach ze specjalistami**\***: **Tak/Nie.**
2. **Planowany program indywidualnych konsultacji dla rodziców:**

* uporządkowanie natłoku intensywnych 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.

1. Oświadczam, że wyżej wymienione informacje są zgodne z prawdą.
2. Zobowiązuję się informować o zmianach dotyczących danych osobowych.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem projektu, jego treść jest dla mnie zrozumiała, przyjmuje go do wiadomości i zobowiązuje się do jego przestrzegania.
4. Zostałem/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**