**FORMULARZ APLIKACYJNY**

1. Karta informacyjna o kandydacie
2. Zgoda rodziców
3. Oświadczenie o stanie zdrowia
4. Kryteria rekrutacji
5. Oświadczenie uczestnika projektu o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych oraz
o uczestnictwie w innych projektach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej
6. **KARTA INFORMACYJNA O KANDYDACIE**

NAZWISKO \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

IMIONA \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

KLASA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

KIERUNEK KSZTAŁCENIA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATA URODZENIA (dzień-miesiąc-rok) \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

MIEJSCE URODZENIA \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

PESEL \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

ADRES ZAMIESZKANIA

miejscowość \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ ulica \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

nr domu \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ kod pocztowy \_\_ \_\_ - \_\_ \_\_ \_\_ poczta \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

TELEFON KONTAKTOWY \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NR DOKUMENTU TOŻSAMOŚCI

dowód osobisty seria i numer \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ paszport seria i numer \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_

IMIONA I NAZWISKA RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| IMIĘ I NAZWISKO RODZICA / PRAWNEGO OPIEKUNA | STOPIEŃ POKREWIEŃSTWA (zakreślić) | TEL. KONTAKTOWY | ADRES ZAMIESZKANIA z kodem pocztowym |
|  | matka / ojciec / opiekun prawny |  |  |
|  | matka / ojciec / opiekun prawny |  |  |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *podpis ucznia*

1. **ZGODA RODZICÓW NA UDZIAŁ UCZNIA W PROJEKCIE ERASMUS+**

Wyrażam niniejszym zgodę na udział mojego syna/mojej córki

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(imię i nazwisko, klasa)*

w projekcie unijnym realizowanym przez ZSSChiO w Jarosławiu w roku szkolnym 2019/2020, w tym na wyjazd na zagraniczne staże do Niemiec, Włoch, Hiszpanii\* (\*zakreślić kraj).

Zobowiązuję się równocześnie do uczestniczenia w spotkaniach informacyjnych dla rodziców i uczestników odnośnie działań realizowanych w ramach projektu, w tym organizacji zagranicznych staży w Niemczech, Włoszech, Hiszpanii\* (\*zakreślić kraj).

Wyrażam zgodę, aby mój syn/moja córka reprezentował/a szkołę podczas wyjazdów zagranicznych, jaki podczas działań lokalnych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. Ustaw 2018, poz. 1000)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(miejscowość, data)*  *podpisy matki, ojca / prawnych opiekunów*

1. **OŚWIADCZENIE O STANIE ZDROWIA UCZNIA**

Oświadczam niniejszym, że mój syn/moja córka

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(imię i nazwisko, klasa)*

nie choruje aktualnie na żadne choroby uniemożliwiające wykonywanie pracy fizycznej w ramach praktyk zawodowych w wybranej specjalności kształcenia i nie ma stwierdzonych przeciwwskazań lekarskich do pracy w wybranym zawodzie.

Inne długotrwałe schorzenia np. alergie, podatność na udar słoneczny, choroby narządu ruchu, przeciwwskazania do dłuższej podróży autobusem lub samolotem, alergie, w tym alergie pokarmowe – wymienić. Czy zalecane jest żywienie dietetyczne?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Czy syn/ córka pozostaje pod stałą kontrolą lekarską? Jeśli tak podać nazwę przychodni/ szpitala, telefon placówki, nazwisko lekarza prowadzącego. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Leki przyjmowane przez syna/córkę: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(miejscowość, data)*  *podpisy matki, ojca / prawnych opiekunów*

1. **KRYTERIA REKRUTACJI I PUNKTACJA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Kryteria rekrutacji** (proszę uzupełnić wiersze oznaczone gwiazdką\*) | **Wartość liczbowa**  |
| 1 | Średnia ocen końcoworocznych r. szk. 2018/20219 (dwa miejsca po przecinku)\* |  |
| 2 | Średnia ocen końcoworocznych z przedmiotów zawodowych r. szk. 2018/2019 (dwa miejsca po przecinku)\* |  |
| 3 | Ocena końcoworoczna z języka angielskiego/włoskiego r. szk. 2018/2019\* |  |
| 4 | Ocena końcowo roczna z zachowania r. szk. 2018/2019 (1-6)\* |  |
| 5 | Rozmowa kwalifikacyjna – uzasadnienie chęci uczestnictwa w projekcie (0-6) |  |
| Rozmowa kwalifikacyjna – aktywna postawa w szkole i w środowisku (0-6) |  |
| 6 | Frekwencja na koniec roku 2018/2019\*poniżej 70% - 070% - 74% - 175% - 79% - 280% - 84% - 385% - 89% - 490% - 95% - 596% - 100% - 6 |  |
|  Razem  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(miejscowość, data)*  *podpis ucznia*

**OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROJEKTUO WYRAŻENIU ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCHORAZ O UCZESTNICTWIE W INNYCH PROJEKTACH WSPÓŁFINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW UNII EUROPEJSKIEJ**

1. Oświadczam, że przed przystąpieniem do projektu **„Mobilność uczniów szansą na sukces zawodowy”** realizowanego w ZSSChiO
 w Jarosławiu uczestniczyłem\* / nie uczestniczyłem w projektach współfinansowanych ze środków Unii Europejskiej

\*W przypadku uczestnictwa w innym projekcie, proszę wypełnić poniższe pola:

Nazwa projektu\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Okres i miejsce realizacji \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym danych zawartych w Formularzu zgłoszeniowym i wyrażam zgodę na przetwarzanie i wykorzystanie moich danych osobowych dla potrzeb realizacji projektu **„Mobilność uczniów szansą na sukces zawodowy”** zgodnie Ustawą z dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn.: Dz. Ustaw 2018, poz. 1000)

3. Deklaruję chęć uczestnictwa w w.w. projekcie, wyrażając tym samym chęć uczestnictwa w zajęciach przygotowujących do wyjazdu oraz czterotygodniowych praktykach zagranicznych.

4. Zapoznałam/em się z Regulaminem Rekrutacji Uczestników Projektu oraz pozostałymi regulaminami.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(miejscowość, data)*  *podpis ucznia*

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *podpisy matki, ojca / prawnych opiekunów*