**Załącznik nr 1 asystent uczennicy/ucznia ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi**do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie

pn. „Zwiększenie jakości edukacji włączającej w sądeckich szkołach”

|  |  |
| --- | --- |
| Data i godzina wpływu: |  |
| Pieczątka szkoły: |  |

**FORMULARZ REKRUTACYJNY**

**w ramach projektu pn. „Zwiększenie jakości edukacji włączającej w sądeckich szkołach”**

**wsparcie Asystenta Ucznia ze Specjalnymi potrzebami Edukacyjnymi**

Ja, niżej podpisany(a), wyrażam zgodę na uczestnictwo w projekcie pn. „Zwiększenie jakości edukacji włączającej w sądeckich szkołach” realizowanym w ramach Priorytetu 6 Działania 10 Programu Fundusze Europejskie dla Małopolski 2021-2027

mojego dziecka…………………………………………………………….…………………,
*(imię i nazwisko kandydata/dziecka)*

.................................................................................................................................................*...........,(adres zamieszkania kandydata/dziecka: miejscowość, ulica, numer domu/mieszkania, kod)*

.............................................................................................................................................................(PESEL kandydata/dziecka)

dla którego jestem opiekunem prawnym.

**Ja, niżej podpisany/a oświadczam, iż:**

1. Zapoznałem się z treścią i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Zwiększenie jakości edukacji włączającej w sądeckich szkołach” przyjętym Zarządzeniem nr 4/2025 Dyrektora Centrum Pozyskiwania Funduszy i Przedsiębiorczości z dnia 12 luty 2025 r.,

Oświadczam, że moje dziecko **uczestniczy / nie uczestniczy** w tym samym czasie w innym projekcie w ramach Programu Funduszu Europejskiego dla Małopolski 2021 – 2027 i/lub Fundusze Europejskie dla Rozwoju Społecznego 2021 - 2027, w którym przewidziane formy wsparcia dla uczestnika są tego samego rodzaju co w niniejszym Projekcie lub zmierzają do osiągnięcia tego samego celu / korzyści dla uczestnika.

Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszym formularzu są zgodne z prawdą i jestem świadomy/a, że wszelkie nieprawdziwe dane mogą skutkować odmową uczestnictwa mojego dziecka w Projekcie.
2. Moje dziecko *(imię i nazwisko dziecka)* …………………………………………..………….,

nad którym sprawuję opiekę prawną uczęszcza do …….…… klasy placówki (zaznacz właściwe znakiem „x”):

|  |  |
| --- | --- |
| Szkoła Podstawowa nr 8 z Oddziałami Integracyjnymi im. Władysława Jagiełły w Zespole Szkolno-Przedszkolnym nr 8 |  |
| Szkoła Podstawowa nr 16 z Oddziałami Integracyjnymi im. Orląt Lwowskich |  |
| Szkoła Podstawowa nr 20 z Oddziałami Integracyjnymi im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego w Zespole Szkolno-Przedszkolnym nr 2 |  |
| Szkoła Podstawowa nr 21 z Oddziałami Integracyjnymi im. św. Jana Pawła II w Zespole Szkolno-Przedszkolnym nr 3 |  |
| Zespół Szkół Nr 2 im. Sybiraków |  |

3. Moje dziecko, nad którym sprawuje opiekę prawną posiada:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zakres** | **Tak** | **Nie** |
| Orzeczenie o niepełnosprawności |  |  |
| Orzeczenie Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej  |  |  |
| Opinię Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej |  |  |
| Opinia nauczyciela, wychowawcy grupy wychowawczej lub specjalisty, prowadzących zajęcia z uczniem/uczennicą o konieczności objęcia pomocą psychologiczno-pedagogiczną  |  |  |

**Uwaga:** w przypadku zaznaczenia opcji „Tak” należy przedłożyć wydane orzeczenia i/lub opinie PP do wglądu, w przypadku opinii nauczyciela/wychowawcy/dyrektora należy do formularza dołączyć załącznik nr 9 Regulaminu.

Deklaruję konieczność objęcia mojego dziecka pomocą psychologiczno-pedagogiczną (zaznacz właściwe znakiem „x”)

|  |  |
| --- | --- |
| Tak |  |
| Nie |  |

Deklaruję konieczność objęcia mojego dziecka wsparciem Asystenta Ucznia ze Specjalnymi potrzebami Edukacyjnymi.

|  |  |
| --- | --- |
| Tak |  |
| Nie |  |

Jeśli zgłoszenia są dokonywane przez osoby ze szczególnymi potrzebami, w tym osoby z niepełnosprawnościami, prosimy o wskazanie rodzaju niezbędnych udogodnień, które moglibyśmy potencjalnie zapewnić.

………………………………………………………………………………………………………………...

…………….………………………… ……………….……………………………………

*Miejscowość i data czytelny podpis rodzica / opiekuna prawnego*