**FORMULARZ REKRUTACYJNY – UCZEŃ NIEPEŁNOLETNI**

**„Żorskie szkoły z pasją - poprawa jakości kształcenia ogólnego w Żorach”**

proszę o wypełnienie tylko białych pól

Do projektu pt. „Żorskie szkoły z pasją - poprawa jakości kształcenia ogólnego w Żorach” realizowanego przez Gminę Miejską Żory w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego województwa śląskiego na lata 2014-2020, oś priorytetowa 11. Wzmocnienie potencjału edukacyjnego, działanie 11.1 Ograniczenie przedwczesnego kończenia nauki szkolnej oraz zapewnienie równego dostępu do dobrej jakości edukacji elementarnej, kształcenia podstawowego i średniego, poddziałanie 11.1.4. Poprawa efektywności kształcenia ogólnego – konkurs.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Dane uczestnika | 1 | Imię |  |
| 2 | Nazwisko |  |
| 3 | PESEL |  |
| 4 | Kraj |  |
| 5 | Rodzaj uczestnika |  |
| 6 | Nazwa Instytucji |  |
| 7 | Płeć |  |
| 8 | Data urodzenia |  |
| 9 | Wiek w chwili przystąpienia do projektu |  |
| 10 | Wykształcenie |  |
| Dane kontaktowe uczestnika | 11 | Kraj |  |
| 12 | Województwo |  |
| 13 | Powiat |  |
| 14 | Gmina |  |
| 15 | Miejscowość |  |
| 16 | Ulica |  |
| 17 | Nr budynku |  |
| 18 | Nr lokalu |  |
| 19 | Kod pocztowy |  |
| 20 | Obszar wg stopnia urbanizacji (DEGURBA) |  |
| 21 | Telefon kontaktowy |  |
| 22 | Adres e-mail |  |
| Szczegóły i rodzaj wsparcia | 23 | Data rozpoczęcia udziału w projekcie |  |
| 24 | Data zakończenia udziału w projekcie |  |
| 25 | Status osoby na rynku pracy w chwili przystąpienia do projektu |  |
| 26 | Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej, w której skorzystano ze wsparcia |  |
| 27 | Wykonywany zawód |  |
| 28 | Zatrudniony w |  |
| 29 | Sytuacja (1) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |  |
| 30 | Sytuacja (2) osoby w momencie zakończenia udziału w projekcie |  |
| 31 | Inne rezultaty dotyczące osób młodych |  |
| 32 | Zakończenie udziału osoby w projekcie zgodnie z zaplanowaną dla niej ścieżką uczestnictwa |  |
| 33 | Rodzaj przyznanego wsparcia |  |
| 34 | Data rozpoczęcia udziału we wsparciu |  |
| 35 | Data zakończenia udziału we wsparciu |  |
| 36 | Data założenia działalności gospodarczej |  |
| 37 | Kwota przyznanych środków na założenie działalności gospodarczej |  |
| 38 | PKD założonej działalności gospodarczej |  |
| Status uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu | 39 | Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia | TAK / NIE\* |
| 40 | Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań | TAK / NIE\* |
| 41 | Osoba z niepełnosprawnościami | TAK / NIE\* |
| 42 | Osoba o innej niekorzystnej sytuacji społecznej  | TAK / NIE\* |
| 43 | Przynależność do grupy docelowej zgodnie ze Szczegółowym Opisem Priorytetów Programu Operacyjnego Regionalny Program Operacyjny Województwa Śląskiego 2014-2020 / Zatwierdzonym do realizacji wnioskiem o dofinansowanie projektu |  |

 \* niepotrzebne skreślić

Po konsultacji z wychowawcą wnioskuję o objęcie dodatkowymi zajęciami w następującym zakresie\*:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj wsparcia** | **Tak** |
| **III LO im. Z. Herberta** |
| Biologia – zajęcia rozwijające metodą eksperymentu |  |
| Matematyka - zajęcia rozwijające metodą eksperymentu |  |
| Fizyka - zajęcia rozwijające metodą eksperymentu |  |
| j. angielski – zajęcia rozwijające |  |
| **SP-17 im. Stanisława Ligonia** |
| zajęcia rozwijające kompetencje społeczno - emocjonalne za pomocą gier i zabaw, w tym m.in. umiejętności językowe |  |
| zajęcia rozwijające umiejętności techniczno-informatyczne |  |
| zajęcia rozwijające umiejętności informatyczne |  |
| zajęcia rozwijające j. angielski |  |
| zajęcia rozwijające kompetencje matematyczne |  |
| zajęcia rozwijające metodą eksperymentu - biologia |  |
| zajęcia rozwijające metodą eksperymentu - chemia |  |
| zajęcia rozwijające metodą eksperymentu - fizyka |  |
| zajęcia rozwijające metodą eksperymentu - chemia – Szkolny Festiwal Nauki |  |

\*należy postawić X przy wybranej formie wsparcia

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

 MIEJSCOWOŚC I DATA CZYTELNY PODPIS RODZICA/ OPIEKUNA PRAWNEGO