

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UCZNIÓW/UCZENNIC

do projektu „Edukacja specjalna w powiecie bielskim ”

Nazwa szkoły	Zespół Szkół Specjalnych w Bielsku Polskim		
Dane personalne dziecka			
Nazwisko		Imię/imiiona	
PESEL		Orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego	TAK NIE
Adres zamieszkania dziecka			
Ulica		Numer domu/mieszkania	
Kod pocztowy		Miejscowość	
Dane rodziców/opiekunów prawnych			
Nazwisko		Imię	
Tel. kontaktowy		Adres email	

Z poniższej listy prosimy wskazać wybrane zajęcia dla dziecka:

Lp.	Rodzaj zajęć	Wybór
1.	Zajęcia logopedyczne – korekcja wad wymowy	
2.	Zajęcia korekcyjno – kompensacyjne	
3.	Trening EEG Biofeedback	
4.	Dogoterapia	
5.	Arteterapia	
6.	Terapia taktylna	
7.	Terapia behawioralna	
8.	Zajęcia wychowawcze z elementami socjoterapii	
9.	Terapia integracji sensorycznej	
10.	Gimnastyka korekcyjna - korekcja wad postawy	
11.	Zajęcia sportowe	
12.	Koło wokalne – taneczne „Tęcza”	
13.	Odkrywczy zawodów – grupowe doradztwo edukacyjno – zawodowe	
14.	Warsztaty przedsiębiorczości	
15.	Wyjazd edukacyjny	

Ważne! Wybór zajęć nie jest jednoznaczny z ich realizacją. Ostateczną decyzję co do przydziału zajęć podejmie dyrekcja szkoły wraz z zespołem ds. pomocy psychologiczno-pedagogicznej - na podstawie oceny zasadności i oceny predyspozycji rozwojowych.



Oświadczam, iż spełniam następujące kryteria dodatkowe (zaznaczyć właściwe):

Moje dziecko posiada orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego	Niepełnosprawność intelektualna w stopniu: <input type="checkbox"/> lekkim <input type="checkbox"/> umiarkowanym <input type="checkbox"/> znacznym <input type="checkbox"/> autyzm <input type="checkbox"/> sprzężenia (jakie.....)
Moje dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> stopień umiarkowany <input type="checkbox"/> stopień znaczny <input type="checkbox"/> stopień lekki <input type="checkbox"/> nieokreślony (dziecko poniżej 16 r.ż.)
W najbliższej rodzinie dziecka wstępuje bezrobocie	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
W najbliższej rodzinie dziecka wstępuje dysfunkcja	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Posiadam więcej niż 1 dziecko niepełnosprawne	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Posiadam status materialny	<input type="checkbox"/> niski (poniżej 700 zł netto na 1 osobę) <input type="checkbox"/> średni (poniżej 1000 zł netto na 1 osobę)
Miejsce zamieszkania	<input type="checkbox"/> miasto <input type="checkbox"/> wieś

Oświadczam, iż:

1. Zapoznałem/am się i akceptuję warunki określone w Regulaminie Rekrutacji i udziału w Projekcie.
2. Oświadczam, że dane zawarte w formularzu zgłoszeniowym są prawdziwe
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych i mojego dziecka zawartych w formularzu zgłoszeniowym dla potrzeb rekrutacji, zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997 r. o Ochronie danych Osobowych (tekst jednolity: Dz. U. 2016 r. poz. 922)

.....
Data czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego

Wypełnia wychowawca

1. Opinia wychowawcy o zasadność udziału w zajęciach wskazanych przez rodziców

.....

.....
podpis wychowawcy