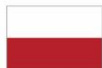




Fundusze Europejskie  
dla Śląskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Województwo  
Śląskie

Załącznik nr 1e – Formularz rekrutacyjny dla wychowanków Oddziałów Przedszkolnych przy Szkole Podstawowej im. Tadeusza Kościuszki w Dąbiu

**Formularz rekrutacyjny dla wychowanków Oddziałów Przedszkolnych  
przy Szkole Podstawowej im. Tadeusza Kościuszki w Dąbiu do projektu  
pn. „Aktywny rozwój przedszkoli w Gminie Psary”**

Dane Beneficjenta i Podmiotu realizującego projekt

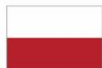
|                              |                                                                                          |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|
| Beneficjent projektu:        | Gmina Psary                                                                              |
| Podmiot realizujący projekt: | <b>Oddziały Przedszkolne przy Szkole Podstawowej<br/>im. Tadeusza Kościuszki w Dąbiu</b> |

**CZĘŚĆ I** (wypełnia rodzic/opiekun prawny dziecka)

**Kwestionariusz osobowy osoby starającej się o udział w projekcie**

| Dane dziecka                            |                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Imię                                    |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Nazwisko                                |                                                                                                                                                                                                                                    |
| PESEL                                   |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Obywatelstwo                            | <input type="checkbox"/> Obywatelstwo polskie<br><input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa – obywatel kraju UE<br><input type="checkbox"/> Brak polskiego obywatelstwa lub UE – obywatel kraju spoza UE/ bezpaństwowiec |
| Płeć <sup>1</sup>                       | <input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna                                                                                                                                                                |
| Wiek w chwili przystąpienia do projektu |                                                                                                                                                                                                                                    |
| Wykształcenie                           | <input type="checkbox"/> Średnie I stopnia lub niższe                                                                                                                                                                              |
| Rodzaj Uczestnika                       | <input type="checkbox"/> indywidualny                                                                                                                                                                                              |

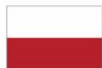
<sup>1</sup> Zaznaczyć tylko w przypadku, gdy uczeń nie posiada numeru PESEL



| Dane kontaktowe                                                                                  |                                                                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kraj                                                                                             |                                                                                                                 |
| Województwo                                                                                      |                                                                                                                 |
| Powiat                                                                                           |                                                                                                                 |
| Gmina                                                                                            |                                                                                                                 |
| Miejscowość                                                                                      |                                                                                                                 |
| Kod pocztowy                                                                                     |                                                                                                                 |
| Imię i nazwisko rodzica/opiekuna<br>prawnego                                                     |                                                                                                                 |
| Telefon kontaktowy <sup>2</sup>                                                                  |                                                                                                                 |
| Adres e-mail <sup>3</sup>                                                                        |                                                                                                                 |
| Status Uczestnika projektu w chwili przystąpienia do projektu                                    |                                                                                                                 |
| Osoba obcego pochodzenia                                                                         | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                       |
| Osoba państwa trzeciego                                                                          | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                       |
| Osoba należąca do mniejszości<br>narodowej lub etnicznej (w tym<br>społeczności marginalizowane) | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI |
| Osoba bezdomna lub dotknięta<br>wykluczeniem z dostępu do mieszkań                               | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                       |
| Osoba z niepełnosprawnościami                                                                    | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI |

<sup>2</sup> W przypadku osoby niepełnoletniej należy podać numer telefonu Rodzica/Opiekuna prawnego

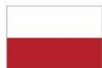
<sup>3</sup> W przypadku osoby niepełnoletniej należy podać adres e-mail Rodzica/Opiekuna prawnego



|                                                                                    |                                                                                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Osoba posiadająca opinie/orzeczenie PPP                                            | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE                                                                             |
| Kandydat z rodziny wielodzietnej<br>(3 i więcej dzieci)                            | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI                       |
| Niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata                                     | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI                       |
| Niepełnosprawność obojga rodziców kandydata                                        | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI                       |
| Niepełnosprawność rodzeństwa kandydata                                             | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI                       |
| Kandydat wychowywany samotnie w rodzinie                                           | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI                       |
| Kandydat objęty pieczęcią zastępczą                                                | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br><input type="checkbox"/> ODMOWA PODANIA INFORMACJI                       |
| Status na rynku pracy                                                              | <input type="checkbox"/> OSOBA UCZĄCA SIĘ                                                                                             |
| Planowana data zakończenia edukacji w placówce edukacyjnej                         |                                                                                                                                       |
| Czy występują szczególne potrzeby związane z dostępnością Uczestnika/Uczestniczki? | <input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE<br>(jeśli zaznaczono „tak”, proszę opisać<br>jakie:.....<br>.....<br>.....) |

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

**CZĘŚĆ II Zakres wsparcia**

(kwestionariusz rozpoznania zainteresowań)

Wnioskuje o objęcie mojego dziecka wsparciem w następującym zakresie\*:

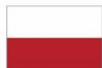
| Rodzaj wsparcia                                                                                                                       |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Zajęcia korygujące wady poprawnej komunikacji                                                                                         | <input type="checkbox"/> |
| Zajęcia umuzykalniające z elementami muzykoterapii                                                                                    | <input type="checkbox"/> |
| Zajęcia rozwijające kompetencje emocjonalno-społeczne                                                                                 | <input type="checkbox"/> |
| Zajęcia rozwijające – potyczki matematyczne z elementami kodowania                                                                    | <input type="checkbox"/> |
| Zajęcia teatralno-rytmiczne z elementami TUS i arteterapii                                                                            | <input type="checkbox"/> |
| Zajęcia rozwijające ekologiczno-przyrodnicze (uzupełnieniem zajęć są warsztaty w Centrum Edukacji Ekologicznej w Górze Siewierskiej)) | <input type="checkbox"/> |
| Cykl pokazów i warsztatów ekologicznych                                                                                               | <input type="checkbox"/> |
| Zajęcia korygujące wady postawy z elementami integracji sensorycznej                                                                  | <input type="checkbox"/> |
| Zajęcia rozwijające – sensoplastyczne fiku-miku                                                                                       | <input type="checkbox"/> |
| Pokaz „Zdrowo jem, zdrowo rosę”                                                                                                       | <input type="checkbox"/> |
| Spotkanie edukacyjno-integracyjne "Miej obraz osoby niewidomej"                                                                       | <input type="checkbox"/> |

\*należy postawić X przy wybranej formie wsparcia

.....  
(miejscowość i data).....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)



Fundusze Europejskie  
dla Śląskiego



Rzeczpospolita  
Polska

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Województwo  
Śląskie

### CZĘŚĆ III Deklaracja uczestnictwa w projekcie

.....  
(imię i nazwisko osoby deklarującej przystąpienie do projektu)

**PESEL** .....

**Imię i nazwisko opiekuna prawnego:** .....

Deklaruję udział mojego dziecka w projekcie „**Aktywny rozwój przedszkoli w Gminie Psary**”, nr **FESL.06.01-IZ.01-OCHE/24** realizowanym przez Gminę Psary w **Oddziałach Przedszkolnych przy Szkole Podstawowej im. Tadeusza Kościuszki w Dąbiu** ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego na lata 2021–2027.

**Oś priorytetowa:** FESL.06.00 – Fundusze Europejskie dla edukacji

**Działanie:** FESL.06.01-Edukacja przedszkolna

#### **TYP 1: Podniesienie jakości edukacji w kształceniu ogólnym**

Jednocześnie:

Oświadczam, że moje dziecko jest wychowankiem **Oddziałów Przedszkolnych przy Szkole Podstawowej im. Tadeusza Kościuszki w Dąbiu**.

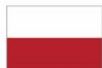
Jestem świadoma/-y, że koszt uczestnictwa mojego dziecka w projekcie pokrywany jest ze środków Unii Europejskiej w ramach Fundusze Europejskie dla Śląskiego 2021- 2027.

W związku z powyższym zobowiązuję się do systematycznego uczestnictwa mojego dziecka w zajęciach organizowanych w ramach projektu „Aktywny rozwój przedszkoli w Gminie Psary”.

Przyjmuję do wiadomości, że IZ FE SL lub Podmiot realizujący na jej zlecenie może się ze mną kontaktować w celu ocenienia udzielonej mojemu dziecku formy wsparcia. Zobowiązuję się do wypełnienia ankiet oceniających projekt, jego rezultaty działań oraz stopień realizacji celów, odpowiedzi na pytania dotyczące rezultatów projektu, zarówno na etapie realizacji projektu, jak i po jego zakończeniu.

Jestem świadoma/-y, że obecność na zajęciach jest obowiązkowa. Usprawiedliwione będą nieobecności spowodowane chorobą lub wypadkami losowymi. Pisemne usprawiedliwienie nieobecności przekażę nauczycielowi prowadzącemu zajęcia w celu uzupełnienia dokumentacji projektu.

*Projekt „Aktywny rozwój przedszkoli w Gminie Psary” współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Śląskiego na lata 2021–2027 (Europejski Fundusz Społeczny +)*



Wyrażam zgodę na wykonywanie i wykorzystanie fotografii i materiałów audiowizualnych obejmujących wizerunek mojego dziecka w celach informacyjnych i promocyjnych w związku z realizacją projektu „Aktywny rozwój przedszkoli w Gminie Psary”.

Zapoznałam/-em się z Regulaminem rekrutacji oraz oświadczam, że moje dziecko spełnia warunki uczestnictwa w projekcie. Dane osobowe podane przeze mnie w związku z ubieganiem się o udział w projekcie są prawdziwe.

Oświadczam, że zapoznałam/-em się z formularzem klauzuli informacyjnej stanowiącej załącznik nr 4 do Regulaminu (dostępny w siedzibie i na stronie internetowej Podmiotu realizującego).

Zobowiązuję się do poinformowania Podmiotu realizującego projekt o konieczności rezygnacji mojego dziecka z udziału w Projekcie.

.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

#### **CZĘŚĆ IV Klauzula RODO**

Zgodnie z art. 13 ust 1 i 2 oraz art. 14 ust 1 i 2 Rozporządzenia a Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE informujemy:

1. Administratorem zbieranych i przetwarzanych przez Realizatora projektu: Szkołę Podstawową im. Tadeusza Kościuszki w Dąbiu danych osobowych uczestników jest Gmina Psary reprezentowana przez Wójta Gminy Psary z siedzibą w Urzędzie Gminy Psary ul. Malinowicka 4, 42-512 Psary, e-mail: [urząd@psary.pl](mailto:urząd@psary.pl).
2. W przypadku pytań dotyczących przetwarzania danych osobowych prosimy o kontakt z inspektorem ochrony danych e-mail: [iod@psary.pl](mailto:iod@psary.pl) lub pisemnie na adres Administratora.
3. Celem przetwarzania danych jest realizacja projektu „Aktywny rozwój przedszkoli w Gminie Psary” finansowanego w ramach Funduszy Europejskich dla Śląskiego 2021-2027 zgodnie z zawartą umową główną nr UDA - FESL.06.01-IZ.01-0CHE/24-00.
4. Podstawą prawną przetwarzania danych są: art. 6 ust. 1 lit. c), e) oraz art. 9. ust. 2 lit. g), j) Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z

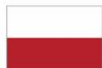


dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) w związku z realizacją umowy głównej nr UDA - FESL.06.01-IZ.01-0CHE/24-00 o dofinansowanie projektu „Aktywny rozwój przedszkoli w Gminie Psary” finansowanego w ramach Funduszy Europejskich dla Śląskiego 2021-2027.

5. Przetwarzane dane osobowe mogą być pozyskiwane od osoby, której dane dotyczą, a także ze źródeł publicznie dostępnych oraz od organów administracji publicznej, innych podmiotów i osób fizycznych zobowiązanych do przekazania danych osobowych.
6. Dane osobowe mogą być przekazane: instytucją uprawnioną na podstawie przepisów prawa tj. Urząd Marszałkowski Województwa Śląskiego, podmioty kontrolujące oraz instytucją, firmą z którymi zostały zawarte umowy powierzenia danych.
7. Dane osobowe nie będą przekazywane do państw trzecich i organizacji międzynarodowych.
8. Dane osobowe przechowywane będą do czasu wygaśnięcia obowiązku przechowywania tych danych wynikające z realizacji projektu „Aktywny rozwój przedszkoli w Gminie Psary”, a następnie do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z Rozporządzeniem Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 stycznia 2011 r. w sprawie instrukcji kancelaryjnej, jednolitych rzeczowych wykazów akt oraz instrukcji w sprawie organizacji i zakresu działania archiwów zakładowych oraz przepisami prawa.
9. Informujemy, że podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale ich niepodanie spowoduje brak możliwości uczestnictwa w projekcie.
10. Informujemy o prawie do żądania od administratora dostępu do danych osobowych dotyczących osoby, której dane dotyczą, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania lub prawie do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, a także o prawie do przenoszenia danych ile inne przepisy nie stanowią inaczej.
11. Informujemy o prawie wniesienia skargi do organu nadzorczego (Urzędu Ochrony Danych Osobowych).
12. Pracownicy przetwarzający dane osobowe nie korzystają z mechanizmów zautomatyzowanego podejmowania decyzji w tym profilowania.

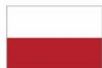
.....  
(miejscowość i data)

.....  
(podpis rodzica/opiekuna prawnego)

**CZĘŚĆ V** (wypełnia Komisja Rekrutacyjna)**Kwestionariusz kryteriów weryfikacyjnych**

| A. KRYTERIA OBLIGATORYJNE                          | SPEŁNIA                  | NIE SPEŁNIA              |
|----------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| status przedszkolaka placówki realizującej projekt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| B. KRYTERIA DODATKOWE                                                                                        | SPEŁNIA                  | PUNKTY                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| potrzeby rozwojowe dziecka, na podstawie diagnozy nauczycieli                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> bardzo wysokie - 5<br><input type="checkbox"/> wysokie - 4<br><input type="checkbox"/> średnie – 3<br><input type="checkbox"/> niskie – 2<br><input type="checkbox"/> bardzo niskie - 1<br><input type="checkbox"/> brak - 0 |
| uzdolnienia i zainteresowania, na podstawie diagnozy nauczycieli i wskazań rodzica                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> bardzo wysokie - 5<br><input type="checkbox"/> wysokie - 4<br><input type="checkbox"/> średnie – 3<br><input type="checkbox"/> niskie – 2<br><input type="checkbox"/> bardzo niskie - 1<br><input type="checkbox"/> brak - 0 |
| orzeczenia o niepełnosprawności lub opinie PPP dotyczące SPE, na podstawie posiadanych dokumentów źródłowych | <input type="checkbox"/> | 10                                                                                                                                                                                                                                                    |
| wielodzietność rodziny kandydata (3 i więcej dzieci)                                                         | <input type="checkbox"/> | 2                                                                                                                                                                                                                                                     |
| niepełnosprawność jednego z rodziców kandydata                                                               | <input type="checkbox"/> | 2                                                                                                                                                                                                                                                     |
| niepełnosprawność obojga rodziców kandydata                                                                  | <input type="checkbox"/> | 2                                                                                                                                                                                                                                                     |
| niepełnosprawność rodzeństwa kandydata                                                                       | <input type="checkbox"/> | 2                                                                                                                                                                                                                                                     |



|                                           |                          |   |
|-------------------------------------------|--------------------------|---|
| samotne wychowywanie kandydata w rodzinie | <input type="checkbox"/> | 2 |
| objęcie kandydata pieczęcią zastępczą     | <input type="checkbox"/> | 2 |
|                                           | SUMA                     |   |

Komisja Rekrutacyjna stwierdza, że kandydat/ka spełnia kryteria udziału w projekcie, co oznacza, że:

- jest wychowankiem **Oddziałów Przedszkolnych przy Szkole Podstawowej im. Tadeusza Kościuszki w Dąbiu**,
- w momencie przystąpienia do projektu uczęszcza do placówki, w której realizowany jest w/w projekt,
- został/a zakwalifikowany/a na dodatkowe zajęcia przez Komisję Rekrutacyjną na podstawie danych zamieszczonych w Formularzu rekrutacyjnym.

**Komisja Rekrutacyjna kwalifikuje kandydata/kę do udziału w projekcie w następujących zajęciach dodatkowych:**

.....  
 .....  
 .....

**Podpisy członków Komisji Rekrutacyjnej:**

| Imię i nazwisko | Podpis |
|-----------------|--------|
|                 |        |
|                 |        |

Uwagi Komisji Rekrutacyjnej:

**Zatwierdzam:**

.....  
*Podpis i pieczęć Dyrektora*