

## FORMULARZ ZGŁOSZENIA DO PROJEKTU

### ZOOM YOUR SKILLS HIGHER – PODERWIJ WYŻEJ SWOJE UMIEJĘTNOŚCI Z ZSH

Nr projektu: 2025-1-PL01-KA121-VET-000330428  
Sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe KA1 VET KA121

#### I. Wypełnia kandydat do udziału w projekcie

##### 1. Informacje ogólne:

Nazwisko:.....  
Imię/imiona:.....  
Data i miejsce urodzenia:.....  
PESEL:.....  
Klasa:..... Zawód:.....  
Mam założone konto na dzienniku elektronicznym:      tak       nie

##### 2. Dane kontaktowe:

Adres zameldowania:.....  
Adres zamieszkania ( jeśli inny niż zameldowania ):.....  
.....  
Numer telefonu ucznia:.....  
Numer telefonu opiekunów:.....  
Adres email do kontaktu:.....

##### 3. Informacje szczegółowe o uczestniku mobilności:

Czy któreś z poniższych stwierdzeń dotyczy Ciebie? **Zaznacz odpowiedź**

Potrzeby/możliwości indywidualne:	TAK	NIE
Należę do mniejszości narodowej w Polsce		
Moja rodzina korzysta finansowo z pomocy społecznej		
Powtarzam klasę		
Byłem/am nieklasyfikowany/a z jakiegoś przedmiotu/przedmiotów		
Mam zdiagnozowaną depresję		
Mam inną tożsamość płciową niż przypisana mi w chwili narodzin		
Posiadam opinię Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej		
Jestem objęty/a nauczaniem indywidualnym/zindywidualizowaną ścieżką kształcenia		
Łączę naukę z pracą w związku z problemami finansowymi w rodzinie		
Jestem pod opieką krewnych (np. wyrok sądu, rodzice za granicą itp.)		
Pochodzę z rodziny niepełnej		
Pochodzę z rodziny obciążonej postępowaniem sądowym		
Inne potrzeby (jakie):		



### III. Wypełnia kandydat/opiekun: Zgoda na procedury medyczne

Wyrażam zgodę na przeprowadzenie w razie potrzeby niezbędnych procedur medycznych u mojej córki/podopiecznej (syna/podopiecznego)\*...../u siebie (uczeń pełnoletni)\* w zakresie:

- badań i zabiegów przeprowadzonych w razie konieczności w szpitalu (również z użyciem środka kontrastowego, znieczulenia miejscowego i ogólnego, przetaczania krwi i środków krwio pochodnych, leczenia stomatologicznego;
- zabiegów operacyjnych (w razie konieczności)
- podawania leków wg wskazań lekarza

\*niepotrzebne skreślić

.....  
Podpis kandydata/ki lub opiekunów w przypadku ucznia niepełnoletniego

Oświadczam , że:

- wszystkie podane przeze mnie dane są prawdziwe
- zapoznałem/-am się z regulaminem rekrutacji
- wyrażam zgodę na rozpowszechnianie mojego wizerunku do celów projektu (RODO)
- nie mam przeciwwskazań medycznych do wyjazdu

.....  
Miejscowość i data wypełnienia formularza

.....  
Podpis kandydata/ki

.....  
Podpis rodziców/opiekunów (dotyczy uczniów niepełnoletnich)

### IV. Wypełnia komisja rekrutacyjna

Kategoria	Liczba punktów
Rekrutacja (punkt II.2)	
Test z wiedzy ogólnej z j. ang., j. ang. zawodowego, elementów wiedzy o kulturze Irlandii (max. 10 pkt)	
Rozmowa w j. angielskim (max. 10 pkt)	
<b>Ogółem</b>	

Decyzja komisji rekrutacyjnej	
Kandydat/ka został/a zakwalifikowany/a do udziału w projekcie	
Kandydat/ka nie został/a zakwalifikowany/a, ale znajduje się na liście rezerwowej	

Data

.....

Podpis członków komisji rekrutacyjnej:

.....

.....

.....

.....