

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY (osoba ucząca się)
do projektu **Europejskie zakłady pracy miejscem zdobywania doświadczenia zawodowego uczniów ZSZ w Barlewickach** o numerze **2020-1-PL01-KA102-079597** realizowanego ze środków Programu Erasmus+ **sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe**

Część A – wypełnia kandydat/ka (osoba ucząca się);

PROSI SIĘ O BARDZO CZYTELNE WYPEŁNIENIE FORMULARZA

Dane podstawowe kandydata/cki	
Imię	
Nazwisko	
Płeć	
PESEL	
Data (dd/mm/rrrr) i miejsce urodzenia	
Obywatelstwo	
Dokładny adres zamieszkania (<i>ulica, kod pocztowy, miasto</i>)	
Telefon kontaktowy	
E-mail	
Informacje o kandydacie/tce	
Tryb kształcenia zawodowego	Technikum
Dziedzina kształcenia wg klasyfikacji zawodów [kierunek, zawód]	
Liczba ukończonych lat kształcenia zawodowego (0/1/2/3)	2
Rok szkolny	2020/2021

Wyrażam zgodę na wzięcie udziału /mojego syna/córki w jakimkolwiek działaniu typu mobilność.

.....
data i podpis rodzica/opiekuna

Ważne!

Formularz należy dostarczyć do szkoły **do końca stycznia**. Można dostarczyć go osobiście lub za pomocą poczty polskiej (listem poleconym).

Część B1 – informacje podstawowe o rodzicu/opiekunie

Imię i nazwisko opiekuna/rodzica-stopień pokrewieństwa	
Telefon kontaktowy rodzica/prawnego opiekuna	
Adres e-mail rodzica/prawnego opiekuna	
Status ucznia składającego formularz-zaznaczyć właściwe	<input type="checkbox"/> Osoba ubezpieczona <input type="checkbox"/> Członek rodziny osoby ubezpieczonej <input type="checkbox"/> Osoba nieubezpieczona z prawem do świadczeń (wpisać podstawę uprawnień)

Część B2 – informacje podstawowe - wypełnia kandydat(tka)

- samoocena znajomości z języka angielskiego.....
- napisz, dlaczego chcesz wziąć udział w projekcie

.....

.....

.....

.....

.....

.....
data i podpis kandydata(tki)

Część C – wypełnia kandydat(tka)/opiekun prawny

Proszę uzupełnić zgodnie ze stanem faktycznym:

Podaj choroby przebyte.....

Czy występują u Ciebie choroby przewlekłe? Jeśli tak, to podaj jakie.....

Czy występują u Ciebie alergię, jesteś na coś uczulona/y?.....

Czy palisz papierosy?.....

Czy przyjmujesz leki na stałe? Jeśli tak, to podaj jakie.....

Czy podróżowałaś/eś kiedyś samolotem?

Czy odczuwasz lęk przed lataniem?.....

Czy dotyczą Twoje obawy związane z wyjazdem?

.....
data i podpis kandydata(tki)/opiekuna prawnego