**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY (osoba ucząca się)**

do projektu: „Daj z siebie wszystko, a będziesz zauważony i doceniony w swojej branży”   
(Do your best and you will be noticed and appreciated in your branch) o numerze   
**2016-1-PL01-KA102-024050** w ramach „Staży zagranicznych dla uczniów i absolwentów szkół zawodowych oraz mobilności kadry kształcenia zawodowego” realizowanego ze środków   
PO WER na zasadach Erasmus +

**Część A** – wypełnia kandydat

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane podstawowe kandydata** | |
| Imię/imiona |  |
| Nazwisko |  |
| Płeć |  |
| PESEL |  |
| Data urodzenia (dd/mm/rrrr) |  |
| Obywatelstwo |  |
| Adres zamieszkania (ulica/nr, kod pocztowy, miasto) |  |
| Telefon kontaktowy |  |
| Email |  |
| **Informacje o kandydacie** | |
| Tryb kształcenia zawodowego¹ |  |
| Dziedzina kształcenia wg klasyfikacji zawodów² |  |
| Liczba ukończonych lat kształcenia zawodowego (0/1/2/3) |  |
| Rok szkolny (20../20..) |  |

¹ np. Kształcenie dualne (przemienne), Szkoła ponadgimnazjalna, Szkoła policealna, inne

² Dostępne np. pod adresem: http://www.koweziu.edu.pl/kziu-ppkwz

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu dla celów rekrutacji   
do projektu „*Staże zagraniczne dla uczniów i absolwentów szkół zawodowych oraz mobilność kadry kształcenia zawodowego*” realizowanego ze środków PO WER na zasadach Programu Erasmus+ sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe. Dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z ustawą z dnia 29sierpnia 1997 r.   
o ochronie danych osobowych ( Dz. U. z 2014 r. poz. 1182, z późn. zm.).

…………………………………………………………………

data i podpis kandydata

Część B – wypełnia kandydat i wychowawca

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dane rodziców/opiekunów prawnych | | | Matka: | | Ojciec: |
| Imię i nazwisko | | |  | |  |
| Telefon kontaktowy | | |  | |  |
| Nazwa szkoły/adres | | | Zespół Szkół Hotelarsko-Turystycznych im. Tony Halika, 58-100 Świdnica, Równa 18 | | |
| Klasa |  | | Zawód |  | |
| Opinia wychowawcy na podstawie opinii nauczycieli uczących: | | | | | |
|  | | | | | |
| Ocena z zachowania\* | |  | | | |
| Frekwencja\* | |  | | | |
| Średnia ocen z praktyk  zawodowych/ przedmiotów zawodowych\* |  | Średnia ocen\* |  | Ocena z j. angielskiego\* |  |
| Ocena z j. angielskiego zawodowego\* |  |

\*proszę uwzględnić koniec roku szkolnego 2015/2016 i semestr roku szkolnego 2016/2017

………………………………………………………

podpis wychowawcy

………………………………………………………….

data i podpis kandydata

**DEKLARACJA UDZIAŁU W STAŻU ZAGRANICZNYM**

***„***Daj z siebie wszystko, a będziesz zauważony i doceniony w swojej branży**”**

realizowanym ze środków Funduszu Europejskiego PO WER na zasadach Programu Erasmus+ sektor Kształcenie   
i szkolenia zawodowe

Imię i nazwisko ucznia: ………………………………………………………………………………………

Kształcę się w szkole: …………………………………………………………….......................................

(nazwa szkoły)

w zawodzie: …………………………………………………… klasa ………………………

Deklaruje uczestnictwo w projekcie nr PO WER VET **2016-1-PL01-KA102-024050**

realizowanym przez **Zespół Szkół Hotelarsko-Turystycznych im. Tony Halika w Świdnicy**   
w partnerstwie z **Kanika Hotels & Resorts Ltd, 28th October 329A & Makarios III 3300 Limassol (Cypr)**

Głównym celem projektów dofinansowanych w ramach PO WER realizowanych na zasadach Erasmus+ jest rozwijanie potencjału osób oraz instytucji poprzez realizację działań polegających na ponadnarodowej mobilności.

1. Oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie, określone   
   w Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
2. Pouczenie: składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą podlega odpowiedzialności karnej i cywilnej.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ……………………………….. | ……………………………….. | ……………………………….. |
| miejscowość i data | podpis prawnego opiekuna ucznia | podpis ucznia |

**Deklaracja**

Ja, niżej podpisana/-y ...................................................................................................................

(imię i nazwisko uczennicy/ucznia)

Szkoła, klasa .................................................................................................................................

(pełna nazwa szkoły, miejscowość, klasa)

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

Zobowiązuję się do uzupełnienia zaległości dydaktycznych wynikających

z mobilności oraz realizacji zadań w ramach projektu, w ciągu jednego miesiąca od powrotu.

**……………………………… ………………………………….**

miejscowość i data czytelny podpis uczennicy/ucznia

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH DOTYCZĄCE UCZESTNICTWA DZIECKA W PROJEKCIE**

W związku z przystąpieniem mojej/go córki/syna\*:

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

Imię i nazwisko uczestnika

do projektu „Daj z siebie wszystko, a będziesz zauważony i doceniony w swojej branży” PO WER VET   
nr **2016-1-PL01-KA102-024050** realizowanego ze środków Funduszy Europejskich PO WER na zasadach Programu Erasmus+ sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe, wyrażam zgodę na:

1. wyjazd mojego dziecka na Cypr (Limassol), w dn. 25.08.2017 r. – 22.09.2017 r., podróż autokarem – busem   
ze Świdnicy do Katowic, samolotem z Katowic do Larnaki, busem z Larnaki do Limassol i z powrotem;

2. zakwaterowanie i wyżywienie w hotelu apartamentowym w Limassol;

3. odbywanie praktyki w Elias Beach Hotel w Limassol;

4. samodzielne przejście lub dojazd zapewniony przez opiekunów do miejsca praktyki z miejsca zakwaterowania;

6. zwiedzanie z grupą i nauczycielami/opiekunami (sobota/niedziela) i odpoczynek w czasie wolnym (we własnym zakresie).

Zostałam/em poinformowana/y\* że córka/syn:

1. zostanie dodatkowo ubezpieczona/y w zakresie: koszty leczenia za granicą powstałe w związku z nagłym zachorowaniem lub nieszczęśliwym wypadkiem (KL), następstw nieszczęśliwych wypadków (NNW)   
oraz odpowiedzialności cywilnej (OC) (zajęcia praktyczne, w tym również praca fizyczna w zakładzie  
gastronomicznym);

2. nie ponoszę kosztów z tytułu udziału mojego dziecka w w/w projekcie, (otrzyma kieszonkowe na własne wydatki).

**Oświadczenie opiekuna prawnego:**

1. Jestem świadoma/świadomy, że koszt uczestnictwa mojego dziecka w projekcie pokrywany jest ze środków Unii Europejskiej – Program Operacyjny Wiedza Edukacja Rozwój na zasadach Programu Erasmus+ Kształcenie   
i szkolenia zawodowe. W związku z powyższym zobowiązuję się do uczestnictwa mojego dziecka w zajęciach organizowanych w ramach projektu i przestrzegania przez córkę/syna\* regulaminu projektu oraz brania udziału   
w badaniach ankietowych dotyczących rezultatów projektu.

2. Jestem świadoma/świadomy\*, że obecność na zajęciach jest obowiązkowa. Usprawiedliwione będą tylko nieobecności spowodowane zwolnieniem lekarskim lub wypadkami losowymi. Pisemne usprawiedliwienie nieobecności przekażę osobie prowadzącej zajęcia w celu uzupełnienia dokumentacji projektu.

3. Zapoznałam/zapoznałem\* się z Regulaminem rekrutacji i uczestnictwa oraz oświadczam, że dziecko wyraża chęć   
i spełnia warunki uczestnictwa w projekcie.

4. Dane osobowe podane w związku z ubieganiem się o udział w projekcie są prawdziwe.

5. Biorę odpowiedzialność finansową za szkody materialne spowodowane przez mojego syna/moją córkę\*, wynikające z nieprzestrzegania regulaminu pobytu na praktyce.

6. Zobowiązuję się zwrócić całkowite koszty dofinansowania praktyk, jeżeli syn/córka\* na skutek rażącego złamania regulaminu w czasie pobytu za granicą (spożywanie alkoholu, oddalanie się z miejsca pobytu bez wiedzy opiekunów, nieprzestrzeganie poleceń opiekunów, kradzież, itp.), zostanie usunięty z praktyk lub z miejsca zakwaterowania.

7. Oświadczam, że stan zdrowia mojego syna/mojej córki\* pozwala na uczestniczenie w zagranicznych praktykach zawodowych.

8. Wyrażam zgodę na doraźne podanie leków zaleconych przez lekarza specjalistę w przypadku wystąpienia nagłej dolegliwości u syna/córki\* w trakcie jego pobytu za granicą.

Informacje dotyczące dziecka:

1. jest uczulone na leki: (jakie?) ………………………………………………………………………

3. inne uwagi dotyczące stanu zdrowia dziecka (choroby przewlekłe, alergia, zażywane leki i inne)

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Uwagi i zastrzeżenia …………………………………………………………………………………………

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| \* niepotrzebne skreślić  ………………………………………. | …………………………………………. |
| miejscowość, data podpis rodzica/prawnego opiekuna | |