



UCZNIOWIE I UCZENNICE

– klasy I, II, III –

FORMULARZ REKRUTACYJNY

Formularz należy wypełnić komputerowo lub ręcznie, w sposób czytelny i przekazać do biura projektu (gabinet Dyrektora).

Proszę postawić znak X w odpowiedniej rubryce ☐

część 1 – ogólne informacje; wypełnia wychowawca

Imię i nazwisko ucznia/uczennicy	
Klasa w roku szkolnym 2020/2021	
Imię i nazwisko wychowawcy	
Uczeń/uczennica posiada orzeczenie o niepełnosprawności	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK; jeśli tak, jakie:
Uczeń/uczennica posiada opinię z poradni psychologiczno-pedagogicznej	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK; jeśli tak, jakie:
Ocena zainteresowania rodziców/opiekunów nauką dziecka	<input type="checkbox"/> bardzo dobra <input type="checkbox"/> dostateczna <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> niedostateczna Jeśli niedostateczna, należy opisać:
Ocena sytuacji rodzinnej, w tym sytuacja materialna	<input type="checkbox"/> bardzo dobra <input type="checkbox"/> trudna <input type="checkbox"/> dobra <input type="checkbox"/> bardzo trudna Jeśli trudna lub bardzo trudna, należy opisać:
Uczeń/uczennica posiada rodzeństwo w szkole	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK; jeśli tak, w której klasie:
Uczeń/uczennica posiada uzdolnienia, talenty	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK; jeśli tak, jakie:
Uczeń/uczennica korzysta z dowozów autobusem szkolnym	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK; jeśli tak, proszę podać miejscowość:
Uczeń/uczennica korzysta z obiadów w szkole	<input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK; jeśli tak, to czy są współfinansowane z GOPS: <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> TAK
Inne ważne informacje, które warto wziąć pod uwagę w procesie rekrutacji na zajęcia	

data i podpis wychowawcy



Wnioskodawca:
GMINA
DĄBRÓWNO

Realizator projektu:
PUBLICZNA SZKOŁA PODSTAWOWA
IM. I. KRASICKIEGO W ELGNOWIE



Biuro projektu:
14-120 ELGNOWO 6

część 2 – rekomendacje na zajęcia

ZAJĘCIA LOGOPEDYCZNE	
<ul style="list-style-type: none">▪ klasy 1, 2, 3▪ średnio 0,5 h/dziecko/tygodniowo	
<i>wypełnia wychowawca</i>	
Rekomendacja do udziału w zajęciach	<input type="checkbox"/> TAK <input type="checkbox"/> NIE
Jeśli tak:	
Uzasadnienie dla zakwalifikowania ucznia/uczennicy na zajęcia <i>pole obowiązkowe</i>	

SENSOPLASTYKA	
<ul style="list-style-type: none">▪ klasy 4, 5, 6, 7, 8▪ klasy 1, 2, 3 – tylko dzieci z niepełnosprawnością▪ 2 grupy x 6 os. x 1 h/tygodniowo	
<i>wypełnia wychowawca w porozumieniu z pedagogiem szkolnym</i>	
Rekomendacja do udziału w zajęciach	<input type="checkbox"/> TAK – warunek, że dziecko posiada orzeczenie o niepełnosprawności <input type="checkbox"/> NIE
Jeśli tak:	
Uzasadnienie dla zakwalifikowania ucznia/uczennicy na zajęcia <i>pole obowiązkowe</i>	

data i podpis wychowawcy