Dofinansowane przez Unię Europejską

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY (osoba ucząca się) Załącznik 1

Programu Erasmus+ w ramach sektora Kształcenie i szkolenia zawodowe, Akcja 1, numer projektu: 2026-1-PL01-KA121-VET-000430539

WYPEŁNIA KANDYDAT

Proszę wypełnić DRUKOWANYMI literami

Kierunek Kształcenia:	
Klasa:	
Płeć: **K**(kobieta)/**M**(mężczyzna)	
Nazwisko i **imię / imiona** (**proszę podać dwa imiona jeśli są w dowodzie osobistym/paszporcie**):	
Data i miejsce urodzenia:	
Pesel:	
Adres zameldowania: *Ulica, nr domu/mieszkania* *Miejscowość, kod pocztowy* *Poczta*	
Adres zamieszkania: *Ulica, nr domu/mieszkania* *Miejscowość, kod pocztowy* *Poczta*	
Pochodzenie – miasto/wieś	
Telefon kontaktowy[1]:	
Adres email (szkolny):	
Nazwa, seria i numer dokumentu tożsamości (dowód osobisty lub paszport):	
Data wydania:	
Data ważności:	
*Status uczestnika:	

WYPEŁNIA RODZIC

Proszę wypełnić DRUKOWANYMI literami

Nazwisko i imię matki/prawnego opiekuna:	
Telefon kontaktowy[1]:	
E-mail:	
Nazwisko i imię ojca/prawnego opiekuna:	
Telefon kontaktowy:	
E-mail:	
Adres zamieszkania matki/prawnego opiekuna:	
Adres zamieszkania ojca/prawnego opiekuna:	

***Status uczestnika projekt w chwili przystąpienia do projektu** (proszę wybrać jedną z opcji lub odmówić podania informacji)
-Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej, migrant, osoba obcego pochodzenia
-Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań
-Osoba z niepełnosprawnościami lub posiadająca inne orzeczenie
-Osoba przebywająca w gospodarstwie domowym bez osób pracujących, w tym: w gospodarstwie domowym z dziećmi pozostającymi na utrzymaniu
-Osoba żyjąca w gospodarstwie składającym się z jednej osoby dorosłej i dzieci pozostających na utrzymaniu
-Osoba w innej niekorzystnej sytuacji społecznej (inne niż wymienione powyżej)

[1] podać z prefixem kraju np. Polska +48

WYPEŁNIA UCZEŃ

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. Zapoznałem/łam się z Regulaminem rekrutacji do projektu **2026-1-PL01-KA121-VET-000430539**
2. Spełniam kryteria zawarte w regulaminie rekrutacji, uprawniające do udziału w projekcie.
3. Spełniam warunki pozwalające na uczestnictwo w stażu zagranicznym jako osoba wpisująca się w charakter następującej grupy docelowej, tj. uczeń, absolwent (mobilność musi być zrealizowana w ciągu jednego roku od ukończenia nauki przez uczestnika) kształcenia i szkolenia zawodowego, zgodnie z zasadami określonymi dla programu Erasmus+, Akcja 1: Mobilność edukacyjna w sektorze Kształcenie i szkolenia zawodowe.
4. Jestem świadomy/a, że zgłoszenie chęci udziału w projekcie nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem do udziału w nim.
5. Mam świadomość odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy.
6. Zamierzam **aktywnie uczestniczyć w przygotowaniach** do mobilności, określonych w późniejszym czasie przez Koordynatorkę projektu.
7. Po zakończeniu udziału w projekcie **zobowiązuje się** do wypełnienia Ankiety uczestnika.

.....	.....	.....
miejscowość i data	*czytelny podpis kandydata (ucznia)*	*czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*

Dofinansowane przez Unię Europejską

OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO

Oświadczam, że wyrażam zgodę na udział mojej córki/mojego syna[2]

……

w stażach zagranicznych realizowanych w ramach Programu Erasmus+ Akcja 1 Mobilność Edukacyjna w sektorze Kształcenie i Szkolenie Zawodowe, który prowadzi Zespół Szkół Morskich w Darłowie.

1. W przypadku zakwalifikowania się mojej córki/mojego syna do udziału w projekcie **zobowiązuję się** do: poinformowania Koordynatora Projektu o ewentualnych zmianach ww. danych osobowych, uczestnictwa w spotkaniach informacyjnych i akceptacji regulaminu udziału w Projekcie.

2. W przypadku nieuzasadnionej rezygnacji mojego dziecka z udziału w mobilności, mającej miejsce po zakupie imiennego biletu lotniczego, **zobowiązuję się do pokrycia kosztów** poniesionych przez ZSM w Darłowie związanych z przebukowaniem biletu na innego uczestnika lub, w przypadku braku takiej możliwości, kosztów zakupu nowego biletu.

……..
data i podpis rodzica/prawnego opiekuna

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU ZGODY NA PUBLIKACJĘ WIZERUNKU

***do celów rekrutacji i realizacji projektu o numerze*: 2026-1-PL01-KA121-VET-000430539**
Program Erasmus+, Akcja 1 Mobilność Edukacyjna w sektorze Kształcenie i Szkolenie Zawodowe

Ja niżej podpisany/a ……..(imię i nazwisko)

Oświadczam, że wyrażam zgodę na nieodpłatną publikację mojego wizerunku we wszelkich materiałach związanych z projektem o numerze: **2026-1-PL01-KA121-VET-000430539000335494** realizowanym w ramach Programu Erasmus+ Akcja 1 Mobilność Edukacyjna w sektorze Kształcenie i Szkolenie Zawodowe przez Zespół Szkół Morskich w Darłowie w oparciu o art. 6 ust. 1 pkt. b, c i e 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 (RODO);
Informujemy, że posiada Pani/Pan prawo do:

- żądania od ZSM w Darłowie dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania danych osobowych,
- wniesienia sprzeciwu wobec takiego przetwarzania,
- przenoszenia danych,
- wniesienia skargi do organu nadzorczego,
- cofnięcia zgody na przetwarzanie danych osobowych.

Pani/Pana dane osobowe będą przekazywane Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji Narodowej Agencji Programu Erasmus+ Aleje Jerozolimskie 142A 02 – 305 Warszawa w przypadku wezwania do ich podania. Pani/Pana dane osobowe będą przechowywane przez okres 5 lat obowiązujący beneficjenta przystępującego do projetu ERASMUS+, którym jest Zespół Szkół Morskich w Darłowie.

…….. ……..
data i podpis składającego oświadczenie data i podpis składającego oświadczenie

[2] niepotrzebne skreślić

Informacja o lekach[3] przyjmowanych przez ucznia oraz uczuleniach i innych wskazaniach zdrowotnych np. choroba lokomocyjna, choroby przewlekłe, epilepsja, uczulenia na ukąszenia owadów itp.: *(informacja jest niezbędna dla zapewnienia bezpieczeństwa i zdrowia stażysty).*

W razie zagrożenia życia dziecka zgadzam się na jego leczenie szpitalne, zabiegi diagnostyczne, operacje.

In case of threat to my child`s life or health, I agree on his/her hospitalization, diagnostic procedures or medical operations.

Hiermit erteile ich dem Arzt beziehungsweise dem behandelten Arzt im Krankenhaus die Erlaubnis, mein Kind im Falle einer lebensbedrohlichen Situation zu operieren, beziehungsweise ärztlich zu versorgen

Oświadczam, że niniejszy dokument zawiera wszystkie znane mi informacje o dziecku, które mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki podczas wyjazdu zagranicznego, a dane wpisane w kwestionariuszu są zgodne z prawdą. Wyrażam zgodę na udział w dalszych czynnościach rekrutacyjnych oraz zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji i Udziału w projekcie i akceptuję jego warunki, a także zobowiązuję się do wypełnienia wszystkich dokumentów w trakcie udziału w Projekcie o numerze: **2026-1-PL01-KA121-VET-000430539** w ramach programu ERASMUS + Akcja 1 Mobilność Edukacyjna w sektorze Kształcenie i Szkolenie Zawodowe.

…….. ……..

data i podpis składającego oświadczenie data i podpis rodzica/prawnego opiekuna

[3] Leki nawet na ból głowy, brzucha itp. uczeń musi zabrać ze sobą. Opiekun nie ma prawa podawać żadnych leków stażyście.

WYPEŁNIA WYCHOWAWCA

Frekwencja za rok szkolny 2025/2026:	
Średnia ocen z przedmiotów zawodowych w roku szkolnym 2025/2026:	
Ocena zachowania za rok szkolny 2025/2026:	
Ocena z języka angielskiego za rok szkolny 2025/2026:	

OPINIA

wychowawcy z uwzględnieniem informacji n/t zachowania, ewentualnych problemów wychowawczych i zaangażowania w życie szkoły

Imię nazwisko ucznia: ……
Klasa: ……..

Opinia:

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

……

Podpis wychowawcy klasy