Fundusze Europejskie Program Regionalny | Rzeczpospolita Polska | Zdrowe życie, czysty zysk | Unia Europejska Europejski Fundusz Społeczny

Załącznik nr 2 do Regulaminu Rekrutacji

ANKIETA REKRUTACYJNA

NA ZAJĘCIA DODATKOWE DLA UCZNIÓW REALIZOWANE Z PROJEKTU

„KOMPETENCJE KLUCZOWE KLUCZEM DO PRZYSZŁOŚCI" W ROKU SZKOLNYM 2018/2019

Udział w projekcie jest bezpłatny. Wypełnienie niniejszego formularza stanowi podstawę do uczestnictwa w projekcie. Można zgłosić ucznia na różne zajęcia pozalekcyjne, ale ***<u>na każde z nich należy wypełnić odrębną ankietę</u>*** *i dostarczyć ją do biura projektu.*

Pierwsze imię ucznia ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Nazwisko ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Klasa ____

I Liceum Ogólnokształcące im. Jana Kochanowskiego w Olecku
☐ 2.1.1 Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze z **matematyki** (wyrównawcze)
☐ 2.1.1 Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze z **matematyki** (rozszerzone)
☐ 2.1.2 Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze z **chemii**
☐ 2.1.3 Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze z **geografii**
☐ 2.1.4 Zajęcia dydaktyczno-wyrównawcze z **biologii**
☐ 2.1.5 Zajęcia rozwijające kompetencje językowe z **j. angielskiego** (rozszerzone)
☐ 2.1.5 Zajęcia rozwijające kompetencje językowe z **j. angielskiego** (wyrównawcze)
☐ 2.1.5 Zajęcia rozwijające kompetencje językowe z **j. niemieckiego** (wyrównawcze)
☐ 2.1.5 Zajęcia rozwijające kompetencje językowe z **j. rosyjskiego** (wyrównawcze)
☐ 2.1.5 Zajęcia rozwijające kompetencje językowe z **j. francuskiego** (wyrównawcze)
☐ 2.1.6 Zajęcia rozwijające kompetencje ICT i pracę zespołową (**programowanie i robotyka)**

Uzyskana w roku szkolnym 2017/2018 przez ucznia ocena roczna z przedmiotu ……..…… to …….....

.....	.....	.....
Miejscowość, data	*czytelny podpis ucznia*	*czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego*

==========

OPINIA NAUCZYCIELA / WYCHOWAWCY*

1) Potwierdzam, że wybrane przez ucznia zajęcia są zbieżne ze stwierdzoną u niego/niej potrzebą/dysfunkcją ☐ **tak** / ☐ **nie** / ☐ **nie dot.***
2) Potwierdzam, że wskazany rodzaj zajęć wpisuje się w zalecenia wynikające z orzeczenia/opinii o potrzebie kształcenia specjalnego / dysleksji / dysgrafii itp. ☐ **tak** / ☐ **nie** / ☐ **nie dotyczy***
3) Potwierdzam, że uczeń/ca w tym roku szkolnym będzie przystępować do egzaminu maturalnego ☐ **tak** / ☐ **nie** / ☐ **nie dotyczy***
4) Potwierdzam, że z w/w przedmiotu za rok szkolny 2017/2018 uczeń/uczennica uzyskał/a ocenę ……..…
5) Uczeń/uczennica potrzebuje dodatkowych zajęć projektowych z zadeklarowanego przedmiotu: ☐ **duża potrzeba** / ☐ **mała potrzeba***.

Data i czytelny podpis nauczyciela: ……

==========

WYPEŁNIA KOMISJA REKRUTACYJNA

L.p.	Nazwa dodatkowego kryterium premiującego:	Ilość pkt
1.	Opinia/wskazanie nauczyciela/wychowawcy dotyczące zbieżności zajęć projektowych ze stwierdzoną potrzebą / dysfunkcją uczennicy/ucznia.	
2.	Dany rodzaj zajęć wpisuje się w zalecenia wynikające z orzeczenia/opinii o potrzebie kształcenia specjalnego / dysleksji / dysgrafii itp.	
3.	Kandydat / kandydatka w tym roku szkolnym będzie przystępował/a do egzaminu maturalnego.	
4.	Wskazanie przez nauczyciela przedmiotowego lub wychowawcy oceny klasyfikującej z przedmiotu spójnego z wybranymi zajęciami dodatkowymi. [**<u>Zajęcia wyrównawcze</u>**: niedostateczna 10 pkt, dopuszczająca 5 pkt, dostateczna 3 pkt.; **<u>zajęcia rozszerzone</u>**: celująca 10 pkt; bardzo dobra 5 pkt, dobra 3 pkt].	
5.	Opinia nauczyciela/wychowawcy o potrzebie skierowania na dodatkowe zajęcia	
	Łączna punktacja	

Na podstawie przedstawionych informacji zawartych w formularzu zgłoszeniowym oraz ankiecie rekrutacyjnej stwierdza się, że ☐ uczeń / ☐ uczennica* ☐ kwalifikuje się / ☐ nie kwalifikuje się* do udziału w wyżej zaznaczonych zajęciach dodatkowych.

<u>Skład Komisji Rekrutacyjnej:</u>

Halina Bogdańska – Kierowniczka projektu (Przewodnicząca) ……..……
Barbara Domysławska – Specjalistka ds. Monitoringu ……..…… *ZATWIERDZAM*
..... – Nauczyciel ……..……

Data rozpatrzenia formularza: Olecko, __.10.2018 r.