**Ankieta rekrutacyjna** *załącznik 1*

Powiatowy Zespół Szkół nr 2 w Kościerzynie

**„ODKRYWAMY EUROPĘ”** 2022-1-PL01-KA122-SCH-000073232

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

|  |
| --- |
| **Dane podstawowe kandydata/tki** |
| Imię |   |
| Nazwisko |   |
| Płeć  |   |
| PESEL |   |
| Data urodzenia (dd/mm/rrrr) |   |
| Obywatelstwo |   |
| Adres zamieszkania *(ulica, kod pocztowy, miasto)* |   |
| Telefon kontaktowy |   |
| Email |   |
| **Informacje o kandydacie/tce** |
| Tryb kształcenia zawodowego |   |
| Dziedzina kształcenia wg klasyfikacji zawodów |   |
| Liczba ukończonych lat kształcenia zawodowego *(0/1/2/3/4)* |   |
| Rok szkolny *(20../20..)* |   |

**Część B –** wypełnia wychowawca klasy

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa kryterium** | **Informacja wychowawcy klasy** |
| 1 | Średnia ocen za ostatni ukończony |  |
| 2 | Ocena z j. angielskiego za ostatni ukończony rok |  |
| 3 | Ocena z zachowania |  |
| 4 | Frekwencja ucznia za ubiegły rok |  |
| 5 | Funkcja w samorządzie klasowym (jeśli tak to jaka) |  |
| 6 | Funkcja w samorządzie szkolnym (jeśli tak to jaka) |  |
| 7 | Konkursy szkolne olimpiady ( jakie?) |  |
| 8 | Zawody sportowe międzyszkolne, reprezentowanie szkoły na uroczystościach, inne udokumentowane osiągnięcia np. wolontariat olimpiada międzyszkolna (jakie?) |  |
| 9 | Teren  | WIEŚ/MIAST |
| 10 | Odległość od szkoły w km  |  |
| 11 | Orzeczenie o niepełnosprawności ( jakie?) |  |

………………………………………..

(Podpis wychowawcy klasy)

**Część C –** wypełnia pedagog szkolny

……………………………………
 (podpis Pedagoga)

**Część D –** wypełnia rodzic/opiekun prawny

1. Czy wyrażają Państwo zgodę na wyjazd syna/córki na 2 – tygodniowy kurs języka angielskiego do Portugalii finansowany ze środków programu ERASMUS+ (program pokrywa koszt przygotowania pedagogiczno-językowo – kulturowego, koszt przejazdu na miejsce, pobytu (zakwaterowania i wyżywienia), ubezpieczenia.

**TAK / NIE** *(właściwe zakreślić)*

**……………………………. ………………………………..**

Miejscowość i data Czytelny podpis

**Zaświadczam niniejszym o braku przeciwwskazań zdrowotnych na udział ucznia kursie języka angielskiego za granicą.**

**……………………………. ………………………………..**

Miejscowość i data Czytelny podpis

Dziękujemy za wypełnienie ankiety!

Niniejszym, na podstawie art. 6 ust. 1 pkt a) 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 (dalej zwanym „RODO” w*yrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu dla celów rekrutacji realizowanego ze środków Erasmus+  sektor Kształcenie i szkolenia zawodowe. Wyrażam zgodę na wprowadzenie moich danych osobowych do systemów informatycznych Powiatowego Zespołu Szkół nr 2 w Kościerzynie, zgodnie z art. 6 ust. 1 pkt a) RODO.

Administratorem Danych Osobowych (zwanym dalej „RODO”) jest Powiatowy Zespół Szkół nr 2 z siedzibą w Kościerzynie adres:
83- 400 Kościerzyna ul. Wybickiego 1

Powiatowy Zespół Szkół nr 2 w Kościerzynie wyznaczyła osobę odpowiedzialną za zapewnienie przestrzegania przepisów prawa w zakresie ochrony danych osobowych, z którą można skontaktować się pod adresem e-mail: pzs2.erasmus@gmail.com

Ponadto zgodnie z art. 15-21 oraz art. 77 RODO przysługuje osobie uczącej się prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia (jeśli pozwalają na to przepisy prawa) lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, a także prawo do przenoszenia danych.

Dane nie będą przekazywane do państwa pozostającego poza Europejskim Obszarem Gospodarczym (tzw. państwa trzeciego) lub organizacji międzynarodowej.

Podane dane osobowe będą przetwarzane w celu spełnienia wymogów prawnych związanych ze wspomnianym projektem.

Dane będą przetwarzane przez okres wynikający z odrębnych przepisów prawa.

…………………………………….…….

data i podpis kandydata/tki

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

………………………………………….

data i podpis rodzica/opiekuna