# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY SZKOŁY / PLACÓWKI OŚWIATOWEJ

**do udziału w projekcie „Akademia Zdrowia i Samodzielności”
realizowanym przez Stowarzyszenie „Aktywni na Rzecz Bezpiecznego Wypoczynku”
w ramach programu Ministerstwa Edukacji Narodowej
„Kompas Młodego Obywatela” – moduł „Zdrowie i Klimat”**

*Udział szkoły i uczniów w Projekcie jest nieodpłatny. Projekt realizowany jest na terenie województw opolskiego, śląskiego i dolnośląskiego i obejmuje warsztaty edukacyjne dla dzieci i młodzieży dotyczące zdrowego, bezpiecznego i sprzyjającego dobrostanowi korzystania z czasu wolnego. Jeden warsztat dla jednej klasy/grupy obejmuje 2 × 45 minut.*

## I. DANE SZKOŁY / PLACÓWKI

Pełna nazwa szkoły / placówki:

.....

Typ placówki:

☐ szkoła podstawowa
☐ liceum ogólnokształcące
☐ technikum
☐ branżowa szkoła I lub II stopnia
☐ zespół szkół
☐ inna placówka oświatowa: .....

Adres:

ulica i numer: .....

kod pocztowy: ..... miejscowość: .....

gmina: ..... powiat: .....

województwo:

☐ opolskie
☐ śląskie
☐ dolnośląskie

Telefon szkoły: .....

Adres e-mail szkoły: .....

## II. OSOBA ZGŁASZAJĄCA SZKOŁĘ

Imię i nazwisko:

.....

Funkcja / stanowisko:

☐ dyrektor / wicedyrektor
☐ nauczyciel
☐ pedagog / psycholog szkolny

☐ wychowawca
☐ inna osoba upoważniona: .....
Telefon kontaktowy:
.....
Adres e-mail:
.....
☐ Jestem osobą uprawnioną do zgłoszenia szkoły do Projektu lub dokonuję zgłoszenia za wiedzą i zgodą dyrektora szkoły / placówki.

## III. KOORDYNATOR SZKOLNY PROJEKTU

Jeżeli funkcję Koordynatora szkolnego będzie pełnić osoba zgłaszająca, prosimy zaznaczyć:
☐ Koordynatorem szkolnym będzie osoba wskazana w części II formularza.

Jeżeli Koordynatorem będzie inna osoba:
Imię i nazwisko:
.....
Stanowisko / funkcja:
.....
Telefon:
.....
Adres e-mail:
.....
Koordynator szkolny będzie osobą odpowiedzialną za bieżący kontakt z Organizatorem, uzgodnienie harmonogramu, liczby grup, warunków lokalowych i organizacyjnych oraz dokumentacji realizacji Projektu.

## IV. PLANOWANA LICZBA WARSZTATÓW I UCZESTNIKÓW

W Projekcie przyjmuje się orientacyjnie realizację około 6 warsztatów w jednej szkole, jednak ostateczna liczba zostanie uzgodniona indywidualnie z Organizatorem.
Każdy warsztat obejmuje 2 × 45 minut dla jednej klasy lub grupy uczniowskiej.

| Grupa wiekowa | Planowana liczba klas / grup | Szacunkowa liczba uczniów |
|---|---|---|
| Klasy I–III szkoły podstawowej | ..... | ..... |
| Klasy IV–VI szkoły podstawowej | ..... | ..... |
| Klasy VII–VIII szkoły podstawowej | ..... | ..... |
| Szkoła ponadpodstawowa | ..... | ..... |
| ŁĄCZNIE | ..... | ..... |

Proponowane klasy / oddziały, jeżeli są już znane:
.....
.....

Deklarowana liczba warsztatów, którą szkoła chciałaby zrealizować:
..... warsztatów po 2 × 45 minut.

## V. PREFEROWANY TERMIN REALIZACJI

Warsztaty realizowane są w okresie przewidzianym harmonogramem Projektu.
Prosimy o wskazanie preferowanych terminów lub przedziałów czasowych:
Termin 1: .....
Termin 2: .....
Termin 3: .....
Preferowane godziny realizacji zajęć:
.....
☐ Szkoła dopuszcza realizację wszystkich planowanych warsztatów w jednym dniu.
☐ Szkoła preferuje rozłożenie warsztatów na więcej niż jeden dzień.
Uwagi dotyczące organizacji godzin lekcyjnych:
.....
.....

## VI. WARUNKI LOKALOWE I TECHNICZNE

Prosimy o wskazanie możliwości szkoły:
Sala odpowiednia do pracy z całą klasą / grupą:
☐ tak
☐ nie
☐ do uzgodnienia
Możliwość wyświetlenia filmu edukacyjnego:
☐ projektor
☐ monitor / ekran multimedialny
☐ tablica interaktywna
☐ inne: .....
Możliwość odtworzenia dźwięku:
☐ tak
☐ nie
Możliwość takiego ustawienia sali, aby przeprowadzić krótkie ćwiczenia indywidualne lub grupowe:
☐ tak
☐ częściowo
☐ nie
Inne informacje dotyczące warunków lokalowych:
.....
.....

## VII. DOSTĘPNOŚĆ I SZCZEGÓLNE POTRZEBY UCZESTNIKÓW

Czy wśród planowanych grup występują potrzeby, które Organizator lub edukator powinien uwzględnić?

☐ nie

☐ tak – prosimy o krótki opis:

☐ potrzeby związane z dostępnością architektoniczną

☐ potrzeby związane z komunikacją

☐ potrzeby sensoryczne

☐ potrzeba dostosowania sposobu prowadzenia zajęć

☐ potrzeba dostosowania materiałów

☐ inne:

.....

.....

.....

Prosimy nie wpisywać imion i nazwisk uczniów, diagnoz medycznych ani innych danych szczególnej kategorii, jeżeli nie są one niezbędne do opisania potrzeb organizacyjnych.

## VIII. INFORMACJA DLA RODZICÓW I OPIEKUNÓW

☐ Szkoła deklaruje przekazanie rodzicom lub opiekunom uczniów informacji o charakterze i zakresie Projektu zgodnie z procedurami obowiązującymi w placówce.

Organizator udostępni szkole przygotowaną Informację dla rodziców i opiekunów dotyczącą warsztatów „Akademia Zdrowia i Samodzielności”.

## IX. EWALUACJA I DOKUMENTOWANIE PROJEKTU

*W ramach Projektu przewidziane są krótkie narzędzia służące ocenie rezultatów warsztatów, m.in. pre-test/post-test, quiz wiedzy, formularz samooceny lub krótka ankieta ewaluacyjna. Zgodnie z Regulaminem narzędzia te będą dostosowane do wieku, a pomiar będzie prowadzony anonimowo.*

Szkoła deklaruje:

☐ umożliwienie przeprowadzenia krótkiej ewaluacji w ramach czasu przeznaczonego na warsztaty;

☐ potwierdzenie po realizacji liczby przeprowadzonych warsztatów;

☐ potwierdzenie liczby uczniów biorących udział w Projekcie;

☐ współpracę przy podpisaniu zbiorczego potwierdzenia / zaświadczenia o realizacji Projektu w szkole.

## X. OŚWIADCZENIA SZKOŁY / OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ

Oświadczam, że:

☐ dane zawarte w Formularzu zgłoszeniowym są zgodne ze stanem faktycznym;

☐ zapoznałem/am się z Regulaminem rekrutacji i udziału szkół w projekcie „Akademia Zdrowia i Samodzielności” oraz akceptuję jego postanowienia;

☐ zapoznałem/am się z Klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych;
☐ przyjmuję do wiadomości, że przesłanie Formularza zgłoszeniowego nie jest równoznaczne z zakwalifikowaniem szkoły do Projektu;
☐ przyjmuję do wiadomości, że o zakwalifikowaniu szkoły Organizator poinformuje wskazanego Koordynatora szkolnego lub osobę zgłaszającą;
☐ szkoła jest gotowa do współpracy z Organizatorem przy ustaleniu terminu, liczby grup, warunków lokalowych oraz organizacji warsztatów;
☐ szkoła zapewni podczas realizacji warsztatów obecność nauczyciela lub innej osoby sprawującej opiekę nad uczniami zgodnie z zasadami obowiązującymi w placówce;
☐ przyjmuję do wiadomości, że Organizator będzie kontaktował się z osobą zgłaszającą i Koordynatorem szkolnym telefonicznie i/lub drogą elektroniczną wyłącznie w sprawach związanych z rekrutacją i realizacją Projektu.

Miejscowość i data: .....

Imię i nazwisko osoby zgłaszającej: .....

.....
Podpis osoby zgłaszającej / dyrektora lub osoby upoważnionej:

## XI. WYPEŁNIA ORGANIZATOR

Data wpływu zgłoszenia: .....
Numer / kod szkoły w Projekcie: AZS/.....

Weryfikacja kryteriów formalnych:
☐ szkoła znajduje się na terenie woj. opolskiego / śląskiego / dolnośląskiego
☐ wskazano Koordynatora szkolnego
☐ wskazano planowaną liczbę grup / uczestników
☐ szkoła zapewnia warunki organizacyjne umożliwiające realizację zajęć
☐ zaakceptowano Regulamin
☐ formularz kompletny

Wynik kwalifikacji:
☐ szkoła zakwalifikowana
☐ lista rezerwowa
☐ wymagane uzupełnienie zgłoszenia
☐ szkoła niezakwalifikowana
Uzgodniona liczba warsztatów: .....
Szacunkowa liczba uczestników: .....
Planowany termin realizacji: .....

Uwagi Organizatora:

.....

.....

.....

Data i podpis osoby prowadzącej rekrutację