**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE**

……………………………………………..

*(Imię i nazwisko Uczestnika)*

* Uczeń Nauczyciel

**Przedszkole im. Kubusia Puchatka w Odolanowie**

…………………………………………………………………………………………………...

*(nazwa Przedszkola/Oddziału Przedszkolnego)*

Deklaruję udział w projekcie pn. ***Wsparcie procesów edukacyjnych Ośrodków Wychowania Przedszkolnego na terenie Gminy i Miasta Odolanów*** (nr umowy o dofinansowanie FEWP.06.07-IZ.00-0085/23 z dnia 19 czerwca 2024 r.), współfinansowanym ze środków Unii Europejskiej w ramach Programu Fundusze Europejskie dla Wielkopolski 2021-2027, Priorytet 6 Fundusze Europejskie dla Wielkopolski o silniejszym wymiarze społecznym (EFS+), Działanie 6.7 Edukacja przedszkolna, ogólna oraz kształcenie zawodowe.

Oświadczam, że chcę skorzystać z następujących form wsparcia *(można wybrać więcej niż jedną formę):*

1. Zajęcia *(wypełnia rodzic lub opiekun prawny ucznia):*
* logopedyczne,
* korekcyjno – kompensacyjne,
* język angielski,
* matematyka,
* elementy arteterapii,
* elementy aktywnego słuchania muzyki wg metody Batti Strauss,
* psychomotoryczne,
* dla dzieci z trudnościami w nauce, w zachowaniu lub adaptacji społecznej,
* warsztaty artystyczne „Glina, wyobraźnia i praca dłoni”.
1. Szkolenia, studia podyplomowe *(wypełnia nauczyciel):*
* Innowacyjne metody elektrostymulacji zewnętrznej i wewnętrznej w logopedii – podejście praktyczne.
* Spectrum autyzmu, afazja dziecięca, niepełnosprawność intelektualna a opóźniony rozwój mowy. Diagnoza różnicowa i terapia.
* Jąkanie w wieku przedszkolnym, szkolnym, dojrzałym. Podejście rozwojowo-systemowe.
* Porażenie nerwu twarzowego z elementami koncepcji PNF dla logopedów.
* Początki nauki matematyki – Numicon, Concrete Pictorial Abstract Approach.
* Studia podyplomowe „Edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością słuchową – surdopedagogika”.
* Studia podyplomowe „Logopedia dla nauczycieli”.
* Studia podyplomowe „Rytmika i muzykoterapia w edukacji wczesnoszkolnej i przedszkolnej”.

Oświadczam, że zapoznałam/em się z Regulaminem uczestnictwa w projekcie pn. Wsparcie procesów edukacyjnych Ośrodków Wychowania Przedszkolnego na terenie Gminy i Miasta Odolanów.

Oświadczam, że otrzymałem i zapoznałam/em się z Klauzulą informacyjną RODO dot. projektu pn. Wsparcie procesów edukacyjnych Ośrodków Wychowania Przedszkolnego na terenie Gminy i Miasta Odolanów.

Wyrażam zgodę na wykorzystanie mojego wizerunku *(dot. nauczycieli)*/wizerunku mojego dziecka *(dot. rodziców lub opiekunów prawnych dziecka)* na potrzeby realizacji i promocji projektupn. Wsparcie procesów edukacyjnych Ośrodków Wychowania Przedszkolnego na terenie Gminy i Miasta Odolanów.

 Odolanów, 02.09.2024 r. ………………………………………………..

Miejscowość, data Czytelny podpis (imię i nazwisko)

 nauczyciela/rodzica lub opiekuna prawnego dziecka