

## FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY WSPARCIE NT2

Grupa docelowa: uczniowie nie władający albo słabo władający językiem holenderskim, którzy przebywają w Holandii krócej niż 1 rok (grupa 3 do 8)

Wypełnić razem przez intern begeleider [pedagoga szkolnego] oraz rodziców.



### Dane szkoły

Data wniosku:

Nazwa szkoły:

Adres:

Kod pocztowy i miejscowość:



### Dane ucznia

Imię:

Nazwisko:

Chłopiec / dziewczynka:

Data urodzenia:

Kraj pochodzenia:

Obywatelstwo rodziców:

W Holandii od:

Język, w którym rozmawia się w domu:

Grupa:

Nauczyciel(e):

### POTRZEBA WSPARCIA skierowana do

(zaznaczyć krzyżykiem)

Zespół: poszerzenie wiedzy i biegłość NT2.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Uczeń: wsparcie w porozumieniu z nauczycielem.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Uwagi/aspekty szczególne/istotne informacje:	

### ASPEKTY SZCZEGÓLNE:

(zaznaczyć krzyżykiem, uzupełnić to, co ma zastosowanie)

Uczeń nie chodził jeszcze do szkoły w Holandii.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Uczeń przebywał ..... miesięcy w ośrodku dla uchodźców i chodził tam do szkoły.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Uczeń chodził (już) ..... miesięcy do holenderskiej szkoły.	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie

Temu uczniowi udzielono pomocy (społecznej)/ udzielona zostanie pomoc (społeczna).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
W odniesieniu do tego ucznia ubiegano się do Państwa o przyznanie szczególnego wsparcia finansowego (dla Cudzoziemców).	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Dla tego ucznia dostępne jest dodatkowe wsparcie w szkole. Jeśli tak, jakiego typu? Nazwisko i stanowisko:	<input type="checkbox"/> Tak <input type="checkbox"/> Nie
Uwagi/aspekty szczególne/istotne informacje:	
Rodzice ww. ucznia, podpisując niniejszy formularz zgłoszeniowy, wyrażają zgodę na ubieganie się o wsparcie NT2 wraz z niezbędnymi informacjami.	

Podpis rodzica (rodziców)/ opiekuna ustawowego (opiekunów ustawowych):

Nazwisko:	Dnia:	Miejscowość:
Podpis:		

Wypełniono zgodnie z prawdą.

Nazwisko i podpis wnioskodawcy	Dnia:	Miejscowość:
Podpis dyrektora:		

**W pełni** wypełniony formularz można wysłać w jeden sposób:  
Wypełnij - wydrukuj - podpisz - zeskanuj i wyślij e-mailem na adres



[Hannieuijtdewilligen@saamscholen.nl](mailto:Hannieuijtdewilligen@saamscholen.nl)

W cc wiadomości e-mail VVE-/NT2- osoba kontaktowa zarządu **Państwa** własnego zarządu: [beavos@filiosscholengroep.nl](mailto:beavos@filiosscholengroep.nl) (FILIOS), [I.Veeke@optimusonderwijs.nl](mailto:I.Veeke@optimusonderwijs.nl) (OPTIMUS), [sandravandenberkmortel@saamscholen.nl](mailto:sandravandenberkmortel@saamscholen.nl) (SAAM), [m.vandenakker@simonscholen.nl](mailto:m.vandenakker@simonscholen.nl) (SIMON)

Rezultaty wykorzystania gminnych zasobów OAB [Onderwijsachterstandsbeleid – holenderska Polityka Przeciwdziałania Zaległościom w Nauce] dla uczniów są śledzone w cyklu wdrażania, efektów uczenia się, ewaluacji i dostosowania (monitoringu) w celu raportowania gminie Oss.