**FORMULARZ UCZESTNICTWA PRZEDSZKOLA**

**Dotyczący udziału w projekcie 9.1.4 pn. „Dwujęzyczna Opolszczyzna – program wychowania do dwujęzyczności skierowany do przedszkoli z Aglomeracji Opolskiej”**

|  |
| --- |
| **DANE PRZEDSZKOLA**  |
| *Nazwa**(zgodnie ze statutem)* |  |
| *Regon/Nip* |  |  |
| *Powiat/Gmina* |  |  |
| *Adres**(miejscowość, ulica, numer budynku)* |  |
| *Kod pocztowy i poczta* |  |
| *Telefon kontaktowy*  |  |
| *Adres email* |  |
| *Strona www* |  |

|  |
| --- |
| **DANE ORGANU PROWADZĄCEGO** |
| *Nazwa* |  |
| *Telefon kontaktowy*  |  |
| *Osoba odpowiedzialna za oświatę* |  |

|  |
| --- |
| **DANE DYREKTORA/LIDERA** |
| *Imię i Nazwisko* |  |
| *Telefon kontaktowy*  |  |
| *Adres email* |  |

|  |
| --- |
| **AKTUALIZACJA DANYCH NA ROK 2019/2020** |
| *Liczba* ***nauczycieli*** *wychowania przedszkolnego zatrudnionych w OWP w pełnym wymiarze czasu pracy* |  |
| *Liczba* ***dzieci*** *[ogółem]* |  |
| *Liczba* ***grup*** *[oddziałów przedszkolnych] w OWP*  |  |
| ***Liczba grup oraz dzieci*** *przewidzianych do realizacji programu* ***Baby Beetles (3-4 lat)*** |  |  |
| ***Liczba grup oraz dzieci*** *przewidzianych do realizacji programu* ***Tom and Keri (5-6 lat)*** |  |  |

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

 pieczęć przedszkola Podpis Dyrektora

**Wybór tematyki szkoleń oraz kierunków studiów**

**w ramach projektu „Dwujęzyczna Opolszczyzna – program wychowania do dwujęzyczności skierowany do przedszkoli z Aglomeracji Opolskiej”**

**Tematyka szkoleń:**

* System „pomyśl, zapamiętaj, ułóż” – wspomaganie myślenia dzieci z niskim poziomem inteligencji;
* Arteterapia w zaburzeniach zachowania;
* Program percepcyjno-motoryczny – Ruch dla uczenia się (Move to learn);
* Terapia wyciszająca Magnuskiej;
* The good start method for English (Metoda Dobrego Startu);
* Terapia i edukacja dzieci z autyzmem;
* Warsztat pracy nauczyciela wychowania przedszkolnego w grupie w której znajdują się dzieci z SPE;
* Alternatywne metody komunikacji;
* Inne: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Studia podyplomowe kwalifikacyjne**

* Wspomaganie rozwoju i edukacji osób z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera (…….)

Opcjonalnie (po zebraniu grupy co najmniej 10 osobowej):

* Edukacja i rehabilitacja osób z niepełnosprawnością intelektualną [oligofrenopedagogika] (…..)
* Tyflopedagogika (…..)
* Surdopedagogika (…..)

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

 pieczęć przedszkola Podpis Dyrektora