PROSIMY WYPEŁNIĆ WSZYSTKIE POLA LITERAMI DRUKOWANYMI

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwisko: |   |
| Imię (Imiona): |  |
| Data urodzenia: |  | Miejsce urodzenia:  |  |
|  |
| PESEL: |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| Imiona i nazwiska rodziców/prawnych opiekunów  |   |
| Adres zamieszkania: | Ulica: |  | Miejscowość: |  |
| Nr domu: |  | Nr mieszkania: |  |
| Kod pocztowy: |  | Gmina: |  |
| Województwo: |  | Powiat: |  |
|  |
| Adres korespondencyjny (jeśli inny niż powyżej): | Ulica: |  | Miejscowość: |  |
| Nr domu: |  | Nr mieszkania: |  |
| Kod pocztowy: |  | Gmina: |  |
| Województwo: |  | Powiat: |  |
|  |
| Numer telefonukontaktowego/adres e-mail: | Matka: | Ojciec: | Uczeń: |
|  |  |  |
|  |
| Proszę o przyjęcie mnie do Technikum w zawodzie: | □ technik logistyk  |
|  |
| Wybieram jednocześnie naukę na następującym profilu mundurowym: | □ policyjny □ wojskowy □ strażacki □ służba więzienna |
|  |
|  |
| Skąd dowiedziałeś się o szkole: | □ reklama w prasie, radiu, telewizji □ wyszukiwarka internetowa□ ulotka reklamowa, plakat □ poczta e-mail, newsletter□ strona internetowa BZDZ □ z polecenia, od znajomych□ portal społecznościowy □ szkoła □ inne ……………………………………………………………………………..…………………………………………… |
|  |
| Oświadczenie | Zgodnie z art. 6 ust 1 pkt a w zw. z art. 8 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 (RODO) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka, którego jestem opiekunem prawnym dla potrzeb rekrutacji i realizacji zajęć dydaktycznych programowych i ponadprogramowych realizowanych w szkole.Oświadczam, że zostałem/ am zapoznana z treścią obowiązku informacyjnego wskazanego w art. 13 Rozporządzenia i znane mi są moje prawa związane z przetwarzanymi danymi osobowymi przez BZDZ w Bydgoszczy |
|  |
|  | Data i czytelny podpis rodzica/ prawnego opiekuna | Data i czytelny podpis ucznia |

**Załączniki:**

1. świadectwo,
2. zaświadczenie o wynikach egzaminu ósmoklasisty,
3. trzy podpisane fotografie,
4. orzeczenie lekarskie o stanie zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy.
* Załączam orzeczenie o niepełnosprawności lub/i orzeczenie/opinię z Poradni Psychologiczno-Pedagogicznej.
* Oświadczam, że moje dziecko nie posiada wyżej wymienionych orzeczeń.
* Oświadczam, że na własną odpowiedzialność nie chcę ujawniać wyżej wymienionych orzeczeń.

*Miejscowość, dnia …..........*..................................... ………………………………………………………...

 *(podpis rodzica/prawnego opiekuna)*

**ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU UCZNIA**

Oświadczam, że wyrażam/ nie wyrażam zgodę/y\*na wykorzystanie zdjęć i filmów zawierających wizerunek mojego dziecka, zarejestrowany podczas zajęć i uroczystości szkolnych zorganizowanych przez Szkołę Techniczną Bydgoskiego Zakładu Doskonalenia Zawodowego w celach promocyjnych szkoły.

***\*****niepotrzebne skreślić*

*Miejscowość, dnia …............................................... ………………………………………………………...*

 *(podpis rodzica/prawnego opiekuna)*

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH O WYRAŻENIU ZGODY NA UDZIAŁ DZIECKA W ZAJĘCIACH Z BRONIĄ ORAZ O BRAKU PRZECIWSKAZAŃ**

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na uczestnictwo /udział mojej córki/ mojego syna\* ..............................................................................................., uczennicy/ucznia\* „Mundurowej Szkoły Technicznej Bydgoskiego Zakładu Doskonalenia Zawodowego w ……………………………………………………w treningach strzeleckich prowadzonych na strzelnicach - jednocześnie oświadczam, że dziecko nie posiada żadnych przeciwskazań zdrowotnych do udziału w wyżej wskazanych zajęciach. Dziecko uczestniczyć będzie w zajęciach pod nadzorem opiekuna posiadającego odpowiednie kwalifikacje. Uczestnicy zajęć zobowiązani są bezwzględnie przestrzegać Regulaminu obowiązującego na terenie danej strzelnicy. Treść Regulaminu pozostaje do wglądu w siedzibie Szkoły Technicznej Bydgoskiego Zakładu Doskonalenia Zawodowego

***\*****niepotrzebne skreślić*

*Miejscowość, dnia …............................................... ………………………………………………………...*

**Załącznik nr 1 do kwestionariusza osobowego ucznia**

**OŚWIADCZENIE RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH O WYRAŻENIU ZGODY NA UDZIAŁ DZIECKA W ZAJĘCIACH PROFILOWYCH PROWADZONYCH RAZ W MIESIĄCU W SOBOTĘ**

Oświadczam, iż wyrażam zgodę na uczestnictwo /udział mojej córki/ mojego syna\* ..............................................................................................., uczennicy/ucznia\* w zajęciach profilowych prowadzonych raz w miesiącu w sobotę (szczegółowy termin oraz godzina zajęć zgodne z planem zajęć). Jednocześnie oświadczam, że dziecko nie posiada żadnych przeciwskazań zdrowotnych do udziału w zajęciach wyżej wskazanych. Dowóz i odbiór dziecka pozostaje w gestii rodziców/opiekunów prawnych.

*\*niepotrzebne skreślić*

*Miejscowość, dnia…............................................... ……………………………………………………….*