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 telefonu  kontaktowego/adres e-mail: | Matka: | | | | | Ojciec: | | | | | | | | Uczeń: | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Proszę o przyjęcie mnie do Technikum w zawodzie:  -------------------------------------  Proszę o przyjęcie mnie do Liceum Ogólnokształcącego: | **TECHNIKUM MUNDUROWE**  **opłata 50zł miesięcznie**  **□ technik logistyk**  **□ technik transportu kolejowego** | | | | | | | | **LICEUM MUNDUROWE lub CYWILNE (w zależności od wybranego profilu)**  **nauka bezpłatna**  **□ liceum ogólnokształcące** | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wybieram jednocześnie naukę na następującym profilu: | □ policyjny  □ wojskowy  □ strażacki | | | | | | | | □ wojskowy  □ stosowana psychologia biznesu  □ pomoc społeczna z elem. terapii | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 / III LO im. ks. Stefana kard. Wyszyńskiego Prymasa Tysiąclecia BZDZ w Aleksandrowie Kujawskim 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 Aleksandrowie Kujawskim / III LO im. ks. Stefana kard. Wyszyńskiego Prymasa Tysiąclecia BZDZ w Aleksandrowie Kujawskim 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…............................................... ……………………………………………………….*