

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UCZNIA



APLIKUJĘ DO:

- Szkoły Technicznej im. Podporucznika Karola Palczyńskiego Bydgoskiego Zakładu Doskonalenia Zawodowego w Aleksandrowie Kujawskim
- III Liceum Ogólnokształcącego BZDZ im. ks. Stefana kard. Wyszyńskiego – Prymasa Tysiąclecia w Aleksandrowie Kujawskim

A. DANE UCZNIA (prosimy wypełnić wszystkie pola literami drukowanymi)

Imię (imiona) i nazwisko :

Miejsce urodzenia : Data urodzenia :
DZIEŃ MIESIĄC ROK

PESEL : Numer tel. ucznia :

Imiona rodziców/ prawnych opiekunów :

Numer telefonu kontaktowego MATKA : OJCIEC :

B. ADRES ZAMIESZKANIA

Ulica : Nr domu :

Nr mieszkania :

Miejscowość : Kod pocztowy :

Gmina :

Powiat :

Województwo :

C. ADRES KORESPONDENCYJNY (jeśli inny niż adres zamieszkania)

Ulica : Nr domu :

Nr mieszkania :

Miejscowość : Kod pocztowy :

D. WYBÓR KIERUNKU

TECHNIKUM

(opłata 80zł miesięcznie)

Wybieram zawód : **TECHNIK LOGISTYK** **TECHNIK TRANSPORTU KOLEJOWEGO**

Jednocześnie wybieram naukę na profilu :

- Oddział Przygotowania Wojskowego (OPW)**
- Oddział o Profilu Mundurowym (OPM) - policja, straż graniczna**
- Profil strażacki**
- Ratownictwo medyczne**

LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE (nauka bezpłatna)

Wybieram naukę na profilu :

- Ratownictwo medyczne**

E. 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

F. ZAŁĄCZNIKI

1. Świadectwo ukończenia szkoły podstawowej
2. Zaświadczenie o wynikach egzaminu ósmoklasisty
3. Trzy podpisane fotografie (w wersji papierowej)
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 i data

Podpis rodzica/ prawnego opiekuna

G. ZGODY I OŚWIADCZENIA

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU UCZNIĄ

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 im. Podporucznika Karola Palczyńskiego Bydgoskiego Zakładu Doskonalenia Zawodowego / III LO im. ks. Stefana kard. Wyszyńskiego Prymasa Tysiąclecia BZDZ w Aleksandrowie Kujawskim w celach promocyjnych szkoły.

**niepotrzebne skreślić*

Miejscowość i data

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*

....., uczeniicy/ucznią* Szkoły Technicznej im. Podporucznika Karola Palczyńskiego 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 przeciwwskazań 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.

**niepotrzebne skreślić*

Miejscowość i data

Podpis rodzica/ prawnego opiekuna



**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 przeciwwskazań zdrowotnych do udziału w zajęciach wyżej wskazanych. Dowóz i odbiór dziecka pozostaje w gestii rodziców/opiekunów prawnych.

**niepotrzebne skreślić*

Miejscowość i data

Podpis rodzica/ prawnego opiekuna