

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY****DANE OSOBOWE KANDYDATA**

|             |  |                   |  |
|-------------|--|-------------------|--|
| IMIĘ        |  | DRUGIE IMIĘ       |  |
| NAZWISKO    |  | DATA URODZENIA    |  |
| NR TELEFONU |  | MIEJSCE URODZENIA |  |

**ADRES ZAMELDOWANIA KANDYDATA**

|                |  |             |  |
|----------------|--|-------------|--|
| MIEJSCOWOŚĆ    |  |             |  |
| KOD POCZTOWY   |  | GMINA       |  |
| ULICA          |  | POWIAT      |  |
| NR DOMU/LOKALU |  | WOJEWÓDZTWO |  |

**DANE MATKI / OPIEKUNA PRAWNEGO**

|             |  |             |  |
|-------------|--|-------------|--|
| IMIĘ        |  | IMIĘ        |  |
| NAZWISKO    |  | NAZWISKO    |  |
| NR TELEFONU |  | NR TELEFONU |  |

**DANE OJCA / OPIEKUNA PRAWNEGO****ADRES ZAMELDOWANIA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH KANDYDATA**

|                |  |             |  |
|----------------|--|-------------|--|
| MIEJSCOWOŚĆ    |  |             |  |
| KOD POCZTOWY   |  | GMINA       |  |
| ULICA          |  | POWIAT      |  |
| NR DOMU/LOKALU |  | WOJEWÓDZTWO |  |

**SZKOŁA**

|             |  |                                    |  |                               |
|-------------|--|------------------------------------|--|-------------------------------|
| NAZWA       |  |                                    |  |                               |
| ADRES       |  |                                    |  |                               |
| KLASA/ZAWÓD |  |                                    |  |                               |
| TYP SZKOŁY  | <input type="checkbox"/> LICEUM OGÓLNOKSZTAŁCĄCE | <input type="checkbox"/> TECHNIKUM | <input type="checkbox"/> SZKOŁA BRANŻOWA | <input type="checkbox"/> INNE |

**ISTOTNE DANE O :**

|                          |  |
|--------------------------|--|
| * stanie zdrowia         |  |
| * zainteresowaniach      |  |
| *rozwoju psychofizycznym |  |

**OŚWIADCZENIE**

Po zapoznaniu się z Regulaminem Internatu Technikum nr 6 w Świdnicy akceptuję zawarte w nim postanowienia i zobowiązuję się do:

- \* Regularnego uiszczania opłat na podstawie Faktury Vat
- \* Wykupienia pełnego wyżywienia (śniadanie, obiad, kolacja) do 4 dnia nowego okresu rozliczeniowego
- \* Odebrania syna/córki z Internatu niezwłocznie po telefonicznym powiadomieniu o jego chorobie
- \* Odebrania syna/córki w przypadku, gdy znajduje się pod wpływem alkoholu lub środków odurzających

Wyrażam zgodę na:

- \* Samodzielny powrót syna/córki do domu
- \* Samodzielne wyjścia na zajęcia dodatkowe w czasie nauki własnej
- \* Samodzielne wyjścia z Internatu w czasie wolnym, po wcześniejszym uzgodnieniu z wychowawcą.

Oświadczam że zapoznałam/em się z procedurami Ochrony Małoletnich obowiązującymi w Technikum nr 6 w Świdnicy

W przypadku spowodowania szkód przez mojego syna/córkę wynikających z niewłaściwej eksploatacji wyposażenia Internatu odpowiadam materialnie i zobowiązuję się do terminowego naprawienia lub sfinansowania kosztów naprawy.

**W przypadku zagrożenia zdrowia i życia** naszego dziecka, **wyrażam zgodę** na podjęcie decyzji w sprawie niezbędnej pomocy medycznej lub wykonywanie zabiegu wymagającego naszego podpisu - po uprzednim kontakcie telefonicznym z nami.

**Wyrażam zgodę** by wychowawca pełnił opiekę podczas udzielania pomocy medycznej naszemu dziecku.

**Wyrażam zgodę i poniosę koszty** ewentualnego przejazdu syna/córki do ośrodka pomocy medycznej i z powrotem środkiem transportu miejskiego - taksówka.

**Informuję**, że syn/córka **przyjmuje/nie przyjmuje** leków na stałe.

.....  
czytelny podpis opiekuna prawnego/pełnoletniego wychowanka