

**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****DANE OJCA / OPIEKUNA PRAWNEGO**

IMIĘ		IMIĘ	
NAZWISKO		NAZWISKO	
NR TELEFONU		NR TELEFONU	

**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

**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.

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 naszetgo 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.

W przypadku podejrzenia o spożycie alkoholu przez wychowanka Internatu **wyrażam zgodę na badanie trzeźwości przy użyciu alkometru.**

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