

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 podsatwie 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.

Informuję, że syn/córka przyjmuje/nieprzyjmuje na stałe leki.

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

