KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UCZNIA

DANE OSOBOWE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Imię*** | ***Drugie imię*** | ***Nazwisko*** |
|  |  |  |
| ***PESEL*** | | ***Data i miejsce urodzenia*** |
|  | |  |

**ADRES ZAMIESZKANIA/POBYTU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Ulica*** | | | ***Nr domu*** | ***Nr lokalu*** |
|  | | |  |  |
| ***Kod*** | ***Miejscowość*** | | ***Poczta*** | |
|  |  | |  | |
| ***Województwo*** | | ***Powiat*** | ***Gmina*** | |
|  | |  |  | |

**ADRES ZAMELDOWANIA (jeśli jest inny niż zamieszkania)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Ulica*** | | | ***Nr domu*** | ***Nr lokalu*** |
|  | | |  |  |
| ***Kod*** | ***Miejscowość*** | | ***Poczta*** | |
|  |  | |  | |
| ***Województwo*** | | ***Powiat*** | ***Gmina*** | |
|  | |  |  | |

**DANE MATKI DANE OJCA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***Imię*** | ***Nazwisko*** | ***Imię*** | ***Nazwisko*** |
|  |  |  |  |
| ***Telefon*** | | ***Telefon*** | |
|  | |  | |
| ***Email*** | | ***Email*** | |
|  | |  | |
| ***Adres zamieszkania*** | | ***Adres zamieszkania*** | |
|  | |  | |
| ***W przypadku opiekunów prawnych: imię i nazwisko, adres korespondencyjny, telefon*** | | | |

|  |
| --- |
| **Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku ucznia (imię, nazwisko, adres, telefon):** |
| **Uwagi (należy wpisać wszystkie uwagi na temat ucznia np. alergie, przyjmowane leki):** |
| Zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 1997r nr 133, poz.883) wyrażam zgodę na przetwarzanie powyższych danych w celach związanych z rekrutacją, wypełnianiem dokumentacji szkolnej (świadectwa, arkusze ocen, księgi ewidencyjne i in.) oraz innych celach statutowych Zespołu Szkół Specjalnych przy DPS w Matczynie. Zastrzegam sobie wgląd i prawo poprawiania tychże danych.  Miejscowość i data, ……………………... Czytelny podpis rodzica (prawnego opiekuna)……………………………………….. |
| Wyrażam \*/ Nie wyrażam  zgodę na publikację wizerunku mojego dziecka oraz jego imienia i nazwiska na stronie internetowej szkoły oraz w prasie lokalnej w celu poinformowania o jego sukcesach oraz w celach związanych z promocją Zespołu Szkół Specjalnych przy DPS w Matczynie.  Miejscowość i data. …………………… Czytelny podpis rodzica (prawnego opiekuna)………………………………………..  \*Niepotrzebne skreślić |
| Potwierdzam wiarygodność podanych danych.  Powiadomię o wszelkich zmianach w powyższych danych.  Miejscowość i data, ……………………... Czytelny podpis rodzica (prawnego opiekuna)……………………………………….. |