



Prywatna Szkoła Podstawowa „SMYK”

ul. Powstańców Śląskich 3

43-300 Bielsko-Biała

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UCZNIĄ

Nazwisko i imiona.....

Data urodzenia.....**PESEL**.....

Miejsce urodzenia.....

Miejsce zameldowania ucznia.....

(kod, miejscowość, ulica, nr. domu)

Miejsce zamieszkania ucznia.....

(kod, miejscowość, ulica nr. domu)

Właściwy miejscu zameldowania obwód szkoły.....

Nazwiska i imiona rodziców/ prawnych opiekunów.....

Miejsce zamieszkania rodziców /prawnych opiekunów.....

(kod, miejscowość, ulica , nr. domu)

Miejsce pracy matki / prawnego opiekuna.....

(zawód, telefon, e- ,mail)

Miejsce pracy ojca/ prawnego opiekuna.....

(zawód, telefon, e- ,mail)

OŚWIADCZENIA:

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka w imprezach organizowanych przez szkołę.	TAK	NIE
Wyrażam zgodę na publikację zdjęć , filmów z udziałem mojego dziecka zgodnie z prawnie uzasadnionym interesem Administratora Danych Osobowych z uroczystości, imprez, wyjazdów i innych okazji organizowanych przez szkołę na stronie internetowej szkoły: www.szkołasmyk.pl	TAK	NIE
Wyrażam zgodę na publikację zdjęć , filmów z udziałem mojego dziecka zgodnie z prawnie uzasadnionym interesem Administratora Danych Osobowych z uroczystości, imprez, wyjazdów i innych okazji organizowanych przez szkołę na profilu: https://www.facebook.com/SMYK-Akademia-Przedszkolaka-oraz-Prywatna-Szkola-Podstawowa	TAK	NIE

Oświadczam, że w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka, zgadzam się na udzielenie mu niezbędnej pomocy przedmedycznej i medycznej . Zezwalam na przewiezienie mojego dziecka do placówki medycznej, szpitala. Oświadczenie obowiązuje na czas pobytu dziecka w szkole oraz na wycieczkach, wyjściach ,imprezach organizowanych przez szkołę.

Pouczona/y o odpowiedzialności karnej oświadczam, że powyższe informacje są zgodne z prawdą.

.....dnia20.... r.

.....
(podpis rodziców/prawnych opiekunów)

DANE O DZIECKU:.....

Imiona i nazwisko

Problemy zdrowotne , opinie, orzeczenia i inne uwagi o dziecku.....

.....

.....

.....

.....

.....

Specjalne diety, alergie, uczulenia na pokarmy.....

.....

.....

Informujemy, iż stosowanie diety dla dziecka jest możliwe tylko po okazaniu zaświadczenia od lekarza.

.....

data

.....

(podpis rodziców/prawnych opiekunów)