



B U R S A S Z K O L N A N R 1

im. Ryszarda Michalskiego

ul. Aleje 1 – Maja 22a 62 – 510 Konin

tel./fax. 0 63 ... 242 45 58 e-mail: info@bursakonin.pl

Wniosek o przyjęcie do BS nr 1

Pesel											
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko nr tel

Data i miejsce urodzenia

Imiona i nazwiska rodziców (opiekunów).....

Miejsce pracy matki (opiekunki).....

Miejsce pracy ojca (opiekuna)

Adres stałego pobytu

Telefon kontaktowy do rodziców: M T.....

Uwagi : (np. szczególna sytuacja rodzinna, przewlekła choroba, itp.)

Podczas zamieszkiwania w Bursie w roku szk. / będę uczniem

Nazwa szkoły

Typ szkoły: szkoła podstawowa, zsz, technikum, liceum

klasa profil, kierunek nauki

OŚWIADCZENIE RODZICÓW/PRAWNYCH OPIEKUNÓW

Ja, niżej podpisany przyjmuję do wiadomości, że pokryję równowartość wyliczonej szkody (lub części tej szkody podzielonej między sprawców) powstałej na skutek dewastacji, zniszczenia lub uszkodzenia sprzętu i wyposażenia w pokoju i miejscach wspólnego użytkowania.

Oświadczam, że moje dziecko jest zdrowe, nie wymaga specjalistycznej opieki lekarskiej, może mieszkać i korzystać ze zbiorowego żywienia w Bursie.

Wyrażam zgodę, aby w razie zachorowania lub wypadku, Służba Zdrowia udzieliła mojemu dziecku koniecznej pomocy.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka oraz jego wizerunku w celach związanych z rekrutacją i pobytem dziecka w placówce (gazetki, strona internetowa, promocja Bursy) zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27.04.2016 roku /Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016).

Wyrażam zgodę na poddanie naszego dziecka badaniu alkomatem lub testerem na narkotyki w sytuacjach wskazujących na ich spożycie.

.....
data

.....
podpis

.....
podpis rodzica/opiekuna

Załącznik: koperta ze znaczkami zaadresowana na adres domowy