



Lotnik
ZESPÓŁ SZKÓŁ AKADEMICKICH

Internat Zespołu Szkół Akademickich
ul. Szosa Kisielińska 18 65-247 Zielona Góra
tel. 68 327 13 26 www.zsa.zgora.pl

KWESTIONARIUSZ

PROSZĘ WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI

Proszę o przyznanie miejsca w internacie ZSA w Zielonej Górze
w roku szkolnym/.....

.....
/imię i nazwisko kandydata/

I.DANE PERSONALNE

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania miejscowość.....

ul.....nr domu.....nr lokalu.....

kod..... poczta.....

gmina.....powiat.....

woj.....

Pesel

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imiona i nazwiska rodziców/
opiekunów prawnych

Tel. kontaktowy kandydata

Tel. kontaktowy matka.....

Tel. kontaktowy ojciec.....

Tel. stacjonarny

Liczba dzieci będących na utrzymaniu rodziców

Dochód netto na jednego członka rodziny

Odległość zamieszkania od Zielonej Górykm.....

II. OŚWIADCZENIE RODZICÓW LUB OPIEKUNÓW

1. Umieszczając w internacie mojego syna/córkę zobowiązuję się:

- Dokonywać **opłat** za wyżywienie i zakwaterowanie w terminie **do 10 dnia każdego miesiąca**;
- Pokryć koszty związane z likwidacją ewentualnych szkód i zniszczeń w wyposażeniu pomieszczeń internatu wpłacając wyznaczoną kwotę do kasy szkoły;
- **Wykupić pełne wyżywienie podczas pobytu w internacie**;
- Kontaktować się z wychowawcą grupowym lub kierownikiem internatu w celu posiadania pełnej informacji o zachowaniu dziecka;
- Informować telefonicznie w przypadku wyjazdu dziecka z internatu w środku tygodnia;
- W przypadku rezygnacji z miejsca w internacie, w trakcie roku szkolnego, poinformować o tym fakcie na piśmie z jednomiesięcznym wyprzedzeniem. W przypadku rezygnacji z miejsca w pierwszym miesiącu pobytu uiścić pełną opłatę eksploatacyjną.

2. Oświadczam, że nie ma żadnych przeciwwskazań lekarskich, aby syn/córka zamieszkał w internacie.

Istotne informacje, które rodzice/opiekunowie chcą przekazać, np. zażywane leki, choroby, alergie itp.

.....
.....
.....
.....
.....

W przypadku wskazań medycznych należy kontaktować się z

3. Mając na celu bezpieczeństwo syna/córki i dobro placówki, wyrażam zgodę, aby w przypadku uzasadnionych wątpliwości został przeprowadzony test na obecność narkotyków w organizmie bądź badanie alkomatem. Za wykonany test na obecność narkotyków w organizmie koszt ponoszą prawni opiekunowie.

4. Oświadczam, że biorę pełną odpowiedzialność za bezpieczeństwo mojego dziecka podczas: wyjść i powrotów do internatu na zajęcia pozalekcyjne oraz w czasie wolnym.

5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią regulaminu internatu obowiązującego w ZSA w Zielonej Górze.

6. Zgodnie z art. 81 ust. 1 ustawy z dnia 1994r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz.U. z 2006r. Nr 90, poz. 631 z późn. zm.), wyrażam zgodę na nieodpłatne wykorzystywanie zdjęć oraz nagrań zawierających wizerunek mojego dziecka, zarejestrowanych podczas pobytu w internacie, w szczególności podczas imprez, uroczystości, wydarzeń kulturalnych i spotkań autorskich, bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzenia. Wyrażenie zgody jest jednoznaczne z tym, iż wizerunek może zostać umieszczony w gablotach, kronikach, na stronie internetowej oraz materiałach promujących internat.

7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w niniejszym kwestionariuszu, które będą wykorzystywane i przetwarzane (zbieranie, przechowywanie, utrwalanie i usuwanie) tylko w celu wykonywania zadań statutowych ZSA; (art. 23 ust. 1, pkt 5 i art. 27, ust 1, pkt 4 ustawy o ochronie danych osobowych z dnia 29.08.1997r. Dz. U. Z 1997 nr 133 pozycja 883), przy zachowaniu postanowień w/w, dotyczących gwarancji ochrony przetwarzania tych danych.

.....
data i czytelny podpis rodziców/opiekunów prawnych