

Gościno.....

**PODANIE DO INTERNATU
ZESPOŁU SZKÓŁ IM. MACIEJA RATAJA
W GOŚCINIE**

Proszę o przyznanie miejsca w Internacie w roku szkolnym 20 / 20.....

Od 1 września 20będę uczniem / uczennicą (podać klasę, profil).....

Zamierzam mieszkać w internacie (niepotrzebne skreślić):

- przez cały rok szkolny
- tylko przez okres (wpisać miesiące)
- Nazwisko i imiona ucznia.....

Data i miejsce urodzenia.....

Adres z kodem pocztowym.....

PESEL

Telefon kontaktowy ucznia.....

Imiona rodziców (opiekunów prawnych), panińskie nazwisko matki:

.....

Telefon matki (opiekuna prawnego) :

Telefon do ojca (opiekuna prawnego):

Podpis rodzica/opiekuna prawnego oraz ucznia

**OŚWIADCZENIE RODZICA/OPIEKUNA PRAWNEGO UCZNIA STARAJĄCEGO SIĘ
O POBYT W INTERNACIE ZS im MACIEJA RATAJA W GOŚCINIE**

Po zapoznaniu się z regulaminem obowiązującym w Internacie Zespołu Szkół im. Macieja Rataja w Gościnie akceptuję zawarte w nim postanowienia i wyrażam zgodę oraz zobowiązuję się do :

1. Z chwilą przyjęcia córki/syna do Internatu zobowiązuję się do wnoszenia comiesięcznych opłat za wyżywienie w stołówce w wysokości i terminie ustalonym przez Dyrektora Szkoły i Kierownika Internatu tj. do pierwszego dnia każdego miesiąca.
2. W przypadku dokonania przez córkę/syna zniszczeń sprzętu czy wyposażenia Internatu lub wyrządzenia innych szkód - pokryć ich pełną wartość lub dokonać naprawy.
3. Przyjmuję do wiadomości, że córka/syn za nieprzestrzeganie obowiązującego Regulaminu może być usunięta/y z Internatu w ciągu roku szkolnego.
4. W przypadku uczęszczania mojej córki / syna na dodatkowe zajęcia nadobowiązkowe odbywające się poza terenem szkoły wyrażam zgodę na uczestnictwo (prawo jazdy, kursy językowe, itp.)
5. Wyrażam zgodę na wyjścia córki/syna poza teren internatu oraz na jeden wyjazd w tygodniu poza miejscowość Gościno w godzinach od 13.00 do 19.00 po uprzednim zgłoszeniu przez ucznia do wychowawcy.
6. Wyrażam zgodę aby córka/syn w razie podejrzenia została/został poddany badaniu na obecność środków psychoaktywnych oraz alkoholu a w sytuacji tego wymagającej na wezwanie pogotowia ratunkowego.
7. Jako rodzic/opiekun prawny zobowiązuję się do regularnego utrzymywania kontaktu osobistego lub telefonicznego z wychowawcą w internacie w celu uzyskiwania informacji na temat sprawowania się dziecka w internacie.
8. Proszę podać istotne informacje dotyczące zdrowia dziecka, poważniejsze przebyte choroby bądź też alergie, czy dziecko przyjmuje jakieś leki bądź też jest pod opieką specjalisty:

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

9. Wyrażam zgodę i ponoszę pełną odpowiedzialność za powrót syna/córki z internatu do domu i dojazd do internatu oraz w czasie pobytu poza internatem.
10. W przypadku posiadania przez ucznia samochodu rodzic ponosi pełną odpowiedzialność za ucznia.

UWAGA!!!

Warunkiem przyjęcia ucznia do internatu jest uregulowanie wszelkich zaległości oraz dokonanie jednorazowej rocznej wpłaty tytułem kaucji za zniszczenia w wysokości 50 zł.

11. Wyrażam zgodę na zbieranie, przetwarzanie i wykorzystywanie:
 - danych osobowych mojego dziecka w tym danych wrażliwych oraz moich, jako rodzica (opiekuna prawnego)
 - wizerunku mojego dziecka w gazetkach i tablicach szkolnych, kronikach oraz na stronie internetowej naszego internatu oraz szkoły przez Administratora danych osobowych, którym jest Zespół Szkół im M. Rataja w Gościnie ul. IV Dywizji Wojska Polskiego 70 ,78-120 Gościno w zakresie działalności dydaktyczno - wychowawczo - opiekuńczej zgodnie z Ustawą o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 1997 r. nr 133, poz. 883 z późniejszymi zmianami) oraz z Rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 25 sierpnia 2017 r. w sprawie sposobu prowadzenia przez publiczne przedszkola, szkoły i placówki dokumentacji przebiegu nauczania, działalności wychowawczej i opiekuńczej oraz rodzajów tej dokumentacji (Dz. U. poz. 1646) i rozporządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 marca 2017 r. w sprawie szczegółowej organizacji szkół i publicznych przedszkoli (Dz. U. poz. 649).

Gościno dn.

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

Wyrażam/ nie wyrażam zgody na podejmowanie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi, w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka (imię i nazwisko)

przez wychowawcę lub kierownika internatu ZS im. Macieja Rataja w Gościnie.

Wyrażam/nie wyrażam zgody aby w razie konieczności moje dziecko mogło zostać przewiezione prywatnym samochodem pod opieką wychowawcy/kierownika do szpitala bądź lekarza rodzinnego

Gościno dn.

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

Wyrażam / nie wyrażam zgody na udział mojego dziecka mieszkańca internatu

..... w wyjazdach i

wyjściach organizowanych poza terenem internatu oraz Gościna przez wychowawców

Internatu ZS im. Macieja Rataja w Gościnie .

Gościno dn.

Podpis rodzica/opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE

Wyrażam / nie wyrażam zgody na kwartalne badanie czystości skóry mojej/mojego

córki/syna Badanie

będzie przeprowadzone przez pielęgniarkę szkolną

Gościno dn.

Podpis rodzica/opiekuna prawnego