



Współfinansowane przez
Unię Europejską

ZESPÓŁ SZKÓŁ IM. T. KOŚCIUSZKI W ŁOBZIE
Akredytowany projekt na rzecz mobilności osób uczących
się i kadry w sektorze kształcenia zawodowego
Numer akredytacji 2020-1-PL01-KA120-VET-095554

Załącznik 2

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

w Akredytowanym projekcie na rzecz mobilności osób uczących się i kadry w sektorze kształcenia
zawodowego w ramach programu Erasmus+

Umowa nr: 2024-1-PL01-KA121-VET-000204205

Część A – wypełnia kandydat(tka)

DANE OSOBOWE (proszę wypełnić drukowanymi literami)

Klasa		Zawód	☐ Technik hotelarstwa ☐ Technik informatyk ☐ Technik urządzeń i systemów energetyki odnawialnej
-------	--	-------	--

Nazwisko i imiona	
PESEL	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo	
Rodzaj dokumentu	☐ dowód osobisty ☐ paszport
Seria i numer paszportu/ dowodu osobistego	
Data wydania paszportu / dowodu osobistego	
Data ważności paszportu / dowodu osobistego	
Adres zameldowania	
Adres korespondencyjny	
Telefon ucznia	
Adres e-mail	
Telefon rodziców / prawnych opiekunów	

Data:

Czytelny podpis ucznia:.....

Czytelny podpis rodzica :.....



Współfinansowane przez
Unię Europejską

ZESPÓŁ SZKÓŁ IM. T. KOŚCIUSZKI W ŁOBZIE
Akredytowany projekt na rzecz mobilności osób uczących
się i kadry w sektorze kształcenia zawodowego
Numer akredytacji 2020-1-PL01-KA120-VET-095554

Część B – wypełnia rodzic (prawny opiekun)

ZGODA RODZICÓW/OPIEKUNÓW PRAWNYCH

na wyjazd dziecka

w Akredytowanym projekcie na rzecz mobilności osób uczących się i kadry w sektorze kształcenia
zawodowego w ramach programu Erasmus+ w ramach programu Erasmus+

Umowa nr: 2024-1-PL01-KA121-VET-000204205

Wyrażam zgodę na udział mojego dziecka

.....
(imię i nazwisko dziecka)

w wyjeździe na praktyki zagraniczne oraz akceptuję postanowienia regulaminu uczestnictwa
w projekcie.

Uwagi dotyczące zdrowia dziecka:

1) choroby przewlekłe i przyjmowane leki

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

2) inne dolegliwości (np. choroba lokomocyjna, omdlenia, częste bóle głowy, duszności)

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

3) alergie (leki, żywność, inne)

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

Oświadczam, że niniejszy dokument zawiera wszystkie znane mi informacje o dziecku, które
mogą pomóc w zapewnieniu mu właściwej opieki podczas wyjazdu.

.....
(data)

.....
(podpisy rodziców/opiekunów prawnych)



Współfinansowane przez
Unię Europejską

ZESPÓŁ SZKÓŁ IM. T. KOŚCIUSZKI W ŁOBZIE
Akredytowany projekt na rzecz mobilności osób uczących
się i kadry w sektorze kształcenia zawodowego
Numer akredytacji 2020-1-PL01-KA120-VET-095554

Część C – wypełnia kandydat(tka) lub wypełnia kandydat (tka) rodzic (prawny opiekun)

ZGODA NA PRZETWARZANIE i PRZECHOWYWANIE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu danych (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1 oraz Dz. Urz. UE L 127 z 23.05.2018, str. 2), dalej zwane także RODO wyrażam zgodę na przetwarzanie i przechowywanie przez szkołę:

Zespół Szkół im. T. Kościuszki, ul. Niepodległości 54, 73-150 Łobez

danych osobowych

.....
(imię i nazwisko ucznia)

w celu podejmowania niezbędnych działań związanych z realizacją **Akredytowanego projektu na rzecz mobilności osób uczących się i kadry w sektorze kształcenia zawodowego w ramach programu Erasmus+.**

Umowa nr: 2024-1-PL01-KA121-VET-000204205

.....
(data)

.....
(podpis ucznia)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)



Współfinansowane przez
Unię Europejską

ZESPÓŁ SZKÓŁ IM. T. KOŚCIUSZKI W ŁOBZIE
Akredytowany projekt na rzecz mobilności osób uczących
się i kadry w sektorze kształcenia zawodowego
Numer akredytacji 2020-1-PL01-KA120-VET-095554

ZGODA NA WYKORZYSTANIE WIZERUNKU

Udzielam Zespołowi Szkół im. T. Kościuszki w Łobzie nieodpłatnego prawa wielokrotnego wykorzystywania zdjęć i/lub filmów z wizerunkiem:

.....
(imię i nazwisko ucznia)

uczestniczącego w realizacji **Akredytowanego projektu na rzecz mobilności osób uczących się i kadry w sektorze kształcenia zawodowego w ramach programu Erasmus+** bez konieczności każdorazowego ich zatwierdzania.

Zgoda obejmuje wykorzystanie, utrwalanie, obróbkę i powielanie wykonanych zdjęć i/lub filmów za pośrednictwem dowolnego medium w celach informacyjnych i promocyjnych.

Oświadczam również, że podałam/-em dane osobowe dobrowolnie.

.....
(data)

.....
(podpis ucznia)

.....
(podpis rodzica lub opiekuna prawnego)