

Learning by doing – czyli czas na staż, vol. 2

Nr akredytacji: 2021-1-PL01-KA120-VET-000047141

Czas realizacji: 01.06.2023 r. – 31.08.2024 r.

Załącznik 1

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY

Część A – Dane ucznia/uczennicy

Dane podstawowe ucznia/uczennicy	
Imię / Imiona	
Nazwisko	
Płeć	
PESEL	
Data urodzenia (dd/mm/rrrr) / Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo	
Adres zamieszkania (<i>ulica, kod pocztowy, miasto</i>)	
Telefon kontaktowy	
E-mail	
Informacje o uczniu/uczennicy	
Tryb kształcenia zawodowego: (Technikum nr 3 / Branżowa Szkoła I stopnia – nazwa kierunku kształcenia)	Szkoła ponadpodstawowa:
Liczba ukończonych lat kształcenia zawodowego (0/1/2/3/4)	
Rok szkolny	2023/2024

Podane dane osobowe będą przetwarzane w celu spełnienia wymogów prawnych związanych z realizacją projektu po nazwą : *Learning by doing – czyli czas na staż, vol.1*, realizowany jest w ramach przyznanej Akredytacji z Programu Erasmus plus, Typ akcji: KA120-VET - w sektorze Kształcenie i szkolenia zawodowe.

Dane będą przetwarzane przez okres wynikający z odrębnych przepisów prawa.

.....
data i podpis ucznia/uczennicy

Wyrażam zgodę na wzięcie udziału mojego syna/córki we wszystkich formach działań projektowych.

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego



Współfinansowane
przez Unię Europejską

Learning by doing – czyli czas na staż, vol. 2

Nr akredytacji: 2021-1-PL01-KA120-VET-000047141

Czas realizacji: 01.06.2023 r. – 31.08.2024 r.

Część B – Informacje dodatkowe (wypełnia uczeń/uczennica)

Dane rodziców/opiekunów prawnych ucznia/uczennicy		
Imiona rodziców / opiekuna		
Nazwisko rodziców / opiekuna		
Adres zamieszkania rodziców / opiekuna (ulica, kod pocztowy, miasto)		
Telefon kontaktowy matki / ojca / opiekuna		
Dane ucznia/uczennicy zgodne z dowodem osobistym / paszportem		
Seria / numer		
Wydany przez		
Data wydania		
Data ważności		
Pochodzenie i trudna sytuacja rodzinna		
do 800zł/os/mc	TAK	NIE
801-1300zł/os/mc	TAK	NIE
1301-1800zł/os/mc	TAK	NIE
Oświadczenie o wielodzietności – ilość dzieci na utrzymaniu.....	TAK	NIE
Orzeczenie o niepełnosprawności ucznia	TAK	NIE
Inne okoliczności: niepełna rodzina, rodzina zastępcza itp	TAK	NIE

.....
data i podpis ucznia/ uczennicy

Wyrażam zgodę na wzięcie udziału mojego syna/córki w jakimkolwiek działaniu typu mobilność.

.....
data i podpis rodzica/opiekuna prawnego



Współfinansowane
przez Unię Europejską