**KWESTIONARIUSZ UCZESTNIKA**

Proszę wypełnić formularz drukowanymi literami

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Nazwisko |  |
| 2. Imię/Imiona |  |
| 3. Data urodzenia |  |
| 4. Miejsce urodzenia |  |
| 5. Nr PESEL |  |
| 7. Nr legitymacji szkolnej |  |
| 8. Seria i nr dowodu osobistego/ paszportu |  |
| 9. Data ważności paszportu |  |
| 10. Stały adres zamieszkania |  |
| 11. Numer telefonu rodziców/prawnych opiekunów |  |
| 12. Numer telefonu ucznia |  |
| 13. Choroby przewlekłe, na które cierpi uczeń (nazwa polska i łacińska) |  |
| 14. Alergie |  |
| 15. Przyjmowane przez ucznia leki |  |
| 16. Adres e-mail ucznia |  |
| 17.Czy posiadasz szczepienie przeciwko tężcowi? |  |

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji jak i w celu wydania dokumentu Europass – Mobilności po zakończeniu stażu (zgodnie z Ustawą z dnia 29.08.97 r. o Ochronie Danych Osobowych Dz. U. Nr 133 poz.883).

Wyrażam zgodę na publikację mojego wizerunku w celu upowszechniania rezultatów projektu.

……………………………………........…………………..

*Data i czytelny podpis ucznia*

……………………………………………………………..

*Czytelny podpis rodziców/ opiekunów prawnych*:

Dokumenty przyjęto*: Data*: *……………………………….. Podpis:* …………………………..