

KWESTONARIUSZ 2011/2012

Dla kandydata do Zespołu Szkół Ogólnokształcących i Medycznych w Lublińcu

(zaznaczyć szkołę lub kierunek nauki : x)

V LICEUM PROFILOWANE

- Profil socjalny
- Profil usługowo – gospodarczy

MEDYCZNO – SPOŁECZNA SZKOŁA POLICEALNA (kierunki dzienne) :

- A).Technik farmaceutyczny (2 lata)
- B).Ratownik medyczny (2 lata)
- C).Technik masażysta (2 lata)
- D).Terapeuta zajęciowy (2 lata)

SZKOŁA POLICEALNA NR 1 DLA DOROSŁYCH :

- E).Opiekun medyczny - 1 rok
- F).Technik BHP - 1,5 roku
- G).Asystent osoby niepełnosprawnej - 1 rok
- H).Technik prac biurowych - 2 lata
- I).Opiekunka dziecięca - 2 lata
- J).Technik masażysta - 2 lata
- K).Opiekun w DPS - 2 lata
- L).Opiekunka środowiskowa - 1 rok
- M).Technik usług kosmetycznych - 2 lata
- N).Asystentka stomatologiczna - 1 rok
- O).Higienistka stomatologiczna - 2 lata

W przypadku nie zakwalifikowania się do wybranego wyżej oddziału, wybieram oddział (wpisać : A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O,) :

- Internat (zaznaczyć, gdy kandydat jest zainteresowany miejscem w internacie)

DANE OSOBOWE KANDYDATA (wpisać czytelnie)

- 1). Imię (imiona) :
- 2). Nazwisko :
- 3). Data i miejsce urodzenia :
- 4). PESEL :
- 5). Miejsce stałego zameldowania (miejscowość z kodem pocztowym, ulica, numer domu/mieszkania)
.....
Gmina : Powiat : Województwo :
Wieś Miasto
- 6). Imiona i nazwiska rodziców (lub prawnych opiekunów) :
.....
- 7). Szkoła którą ukończył uczeń/słuchacz :
.....
- 8). Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia, do którego należy kandydat :
.....
- 9). Nazwa, adres przychodni lekarskiej, do której kandydat ma złożoną deklarację :
.....
- 10). Czy kandydat jest objęty ubezpieczeniem zdrowotnym : TAK/NIE (podkreślić)
- 11). Czy kandydat posiada orzeczenie Publicznej Poradni Psychologiczno – Pedagogicznej TAK/NIE
(podkreślić) jeśli tak, podać od kiedy do kiedy
- 12). Czy kandydat posiada orzeczenie o niepełnosprawności : TAK/NIE (podkreślić)
Jeśli TAK, podać od kiedy do kiedy :
- 13). Numer telefonu domowego :
- stacjonarny (z numerem kierunkowym) :
- lub komórkowy :

Oświadczam, że znam treść **Ustawy o ochronie danych osobowych** z dnia 29.08.1997 r. (Dz. Ustaw nr. 133 z 1997 r., poz. 833 z późn. zm.) i **wyrażam zgodę** na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych (danych mojej córki/syna) przez Zespół Szkół Ogólnokształcących i Medycznych w Lublińcu w zakresie procesu dydaktyczno – wychowawczego.

Podpis rodzica (prawnego opiekuna)
(dotyczy ucznia niepełnoletniego)

.....

Podpis ucznia/słuchacza

.....