…….. Sanok, dn……

(Imię i nazwisko ucznia)

…….

(Adres zamieszkania)

…….

(PESEL ucznia)

…….

(Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów *)

…….

*(Nr telefonu do kontaktu z rodzicami/opiekunami *)*

OŚWIADCZENIE

1. Ja, niżej podpisany wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody * na podejmowanie decyzji skierowania mojego dziecka …….…….

   (Imię i nazwisko dziecka)

   w sytuacji koniecznej, do szpitala na SOR, celem udzielenia niezbędnej pomocy medycznej.
2. Przyjmuję całkowitą odpowiedzialność za powierzone mojemu dziecku miejsce zakwaterowania tj. sprzęt oraz wyposażenie, które się w nim znajduje, a także za pomieszczenia ogólnodostępne w internacie. Jednocześnie zobowiązuje się w razie wyrządzenia jakiejkolwiek szkody i zniszczenia powierzonego sprzętu lub pomieszczenia, pokryć wszelkie koszty związane z jego naprawą lub ponowną adaptacją – *zgodnie z art. 427 i 441 Kodeksu Cywilnego oraz § 6 ust.3 pkt 6 Statutu Zespołu Szkół nr 5 w Sanoku.*
3. Zgadzam się na badanie alkomatem mojej/mojego córki/syna w przypadku gdy jej/jego stan będzie wskazywał, że jest pod wpływem alkoholu. Dodatkowo przyjmuję do wiadomości, że za picie alkoholu lub używanie substancji odurzających, psychoaktywnych bądź powrót do internatu pod ich wpływem, moje dziecko zostanie usunięte z internatu w trybie natychmiastowym.
4. Jestem świadomy/a, że internat nie odpowiada za pozostawiony w internacie sprzęt elektroniczny i rzeczy wartościowe.
5. Wyrażam zgodę na korzystanie z samochodu przez moją/mojego córkę/syna.
6. Zobowiązuję się do pokrycia w dniu rozpoczęcia zajęć, wszelkich płatności związanych pobytem mojego dziecka w internacie ZS nr5 w Sanoku w czasie nauki (odpłatność za wyżywienie i pobyt w internacie).
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych mojego dziecka w zakresie związanym z działalnością internatu ZS nr 5 w Sanoku zgodnie z Ustawą o ochronie danych osobowych.
8. Dodatkowe informacje i zalecenia od rodziców/opiekunów * ucznia: ……
   ……
   ……

   (Podać zakłady pracy rodziców – nazwa, adres oraz numer rodzinnej książeczki zdrowia)

9. Rodzice i dziecko ubezpieczeni są :…….

10. Rodzice i dziecko objęci są Podstawową Opieką Lekarską poprzez rejestrację w Zakładzie Opieki Zdrowotnej……..…..

    Lekarz rodzinny ucznia……

    (Podać nazwę, adres ZOZ, imię i nazwisko lekarza POZ ucznia)

…… …….

(data i podpis rodziców/opiekunów *(data i podpis ucznia)*

*-niepotrzebne skreślić