

BURSA MŁODZIEŻY ŻEŃSKIEJ ZGROMADZENIA SIÓSTR SŁUŻEBNICZEK NMP NPim. Bł. Edmunda Bojanowskiego
ul. Lenartowicza 4, 31-138 Kraków**KWESTIONARIUSZ**

| Dane osobowe kandydatki | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|
| Nazwisko | | Imię/imiona | |
| | | | |
| PESEL | | | |
| Data urodzenia | | | |
| Miejsce urodzenia | | | |
| Adres stałego zamieszkania | | | |
| Miejscowość | | | |
| Ulica | | Nr domu/ lokalu | |
| Kod pocztowy | | Poczta | |
| Gmina | | Powiat | |
| Województwo | | | |
| Dane kontaktowe | | | |
| Telefon | | e-mail | |
| Wybrana szkoła | | | |
| Nazwa | | Adres (ulica, kod pocztowy) | |
| Klasa | | Profil | |
| Dane rodziców/opiekunów prawnych | | | |
| Nazwisko i imię matki | | | |
| Adres zamieszkania (jeśli inny niż dziecka) | | | |
| Telefon | | Adres e-mail | |
| Miejsce pracy | | Telefon do pracy | |
| Nazwisko i imię ojca | | | |
| Adres zamieszkania (jeśli inny niż dziecka) | | | |
| Telefon | | Adres e-mail | |
| Miejsce pracy | | Telefon do pracy | |

Informacje o stanie zdrowia

Proszę podać ważne informacje dla zapewnienia bezpieczeństwa dziecka w czasie pobytu w bursie, np.: zażywane leki, alergie, zdarzające się omdlenia, ataki padaczki lub inne dolegliwości wymagające szczególnej opieki wychowawczej.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie wszystkich danych osobowych zawartych w niniejszym formularzu rekrutacyjnym dla potrzeb niezbędnych do realizacji procesu rekrutacji i zadań opiekuńczo wychowawczych zgodnie z ustawą w dnia 10 maja 2018r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018r. poz. 1000)

Potwierdzam, że w/w dane są zgodne z prawdą

(miejscowość, data i podpisy rodziców/opiekunów prawnych)

.....

.....

Potwierdzam, że w/w dane są zgodne z prawdą

(miejscowość, data i podpis kandydatki)

.....