

KWESTIONARIUSZ KANDYDATA - absolwenta szkoły podstawowej

 ubiegającego się o przyjęcie do klasy pierwszej

 **TECHNIUKUM W SUCHOWOLI**

1. imiona ………………………….... nazwisko…………………………………………………………………

2. data urodzenia…………………………..miejsce urodzenia……………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

 3.PESEL:

4. adres: miejscowość…………………………………….………………….. ul./nr ……………………………………………

poczta z kodem pocztowym………………………………………………………………………………………………

gmina………………………………………. powiat………………………………………….., woj……………………………………………………….

5. imiona rodziców (prawnych opiekunów)…………………………. nazwisko ……………………………

6. telefon kontaktowy rodzica: ........................................... e-mail rodzica: ……………………………………….

 telefon kontaktowy ucznia: ........................................... e-mail ucznia: …………………………………………

 7. szkołę podstawową ukończyłem/am w …………………………………………………………………

8. wybierz kierunek: **TECHNIK ROLNIK**  **TECHNIK HANDLOWIEC**

 9. z wybranych przedmiotów zakreśl **dwa** w celu przeliczenia ocen na punkty.

j. angielski historia biologia geografia fizyka chemia

 10. Językiem obcym wiodącym w szkole jest język angielski. Drugim językiem obowiązkowym jest język rosyjski lub niemiecki. Dokonaj wyboru drugiego języka obcego:

 **ROSYJSKI NIEMIECKI**

Dyrektor szkoły zastrzega sobie prawo wyboru nauczanego języka obcego w danej klasie. Decyzja podyktowana może być możliwościami organizacyjnymi szkoły lub preferencjami kandydatów.

***Deklaracja 1***. Ja niżej podpisany/a deklaruję udział mojego dziecka w lekcji religii **tak/nie** [*niepotrzebne skreślić]*

***Deklaracja 2***. Ja niżej podpisany/a **zgadzam się/nie zgadzam się** [*niepotrzebne skreślić]* na udział mojego dziecka w zajęciach z edukacji zdrowotnej.

………………………………………………………….

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego/

 W przypadku zakwalifikowania, potwierdzę wolę podjęcia nauki w Technikum w Suchowoli, poprzez złożenie w sekretariacie szkoły oryginałów świadectwa ukończenia szkoły podstawowej, zaświadczenia o wynikach egzaminu ósmoklasisty i zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do wykonywania i pobierania praktycznej nauki zawodu **do 18 lipca 2025 r., do godz. 15.00.**

…………………………………………………………………….. ……………………………………. …….………………………………………..

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego miejscowość, data czytelny podpis kandydata

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w związku z rekrutacją i nauką w szkole zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych i ustawą z dnia 29.08.1997 o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2014 r. poz.1182) oraz wyrażam zgodę na wykorzystanie wielokrotne mojego wizerunku w celu promocji szkoły zgodnie z ustawą z dnia 4 lutego 1994 r. o prawie autorskim i prawach pokrewnych (Dz. U. z 2016 r. poz. 666). W przypadku przyjęcia mnie do klasy pierwszej wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na czas nauki w szkole, publikację wizerunku na stronie internetowej szkoły, FB, stronach internetowych Powiatu Sokólskiego i mediach promujących szkołę. Administratorem danych jest Dyrektor Zespołu Szkół w Suchowoli . Mam prawo do wglądu i dokonywania zmiany w danych osobowych. Mam prawo do pisemnego wycofania zgody.

…………………………………………………………………….. ………………………………………………………..

czytelny podpis rodzica/opiekuna prawnego czytelny podpis kandydata

……………………………………………………………………

miejscowość, data