**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY UCZESTNIKA PROJEKTU**

**„Praktyki zagraniczne szansą na sukces zawodowy”**

1. Imię (imiona) i nazwisko ...........................................................................................

klasa……………………………

2. Data urodzenia ...........................miejsce…………………………………………….

3. Obywatelstwo ..........................................................................................................

4. Numer ewidencyjny (PESEL) ..................................................................................

5. Miejsce zamieszkania .............................................................................................

.....................................................................................................................................

.....................................................................................................................................

(dokładny adres)

Adres do korespondencji ...........................................................................................

....................................................................................................................................

e-mail .........................................................................................................................

tel. kontaktowy…………………………………………………………………………….

6. Imię i nazwisko matki:………………………………………………………………….

7. Imię i nazwisko ojca…………………………………………………………………….

8. Adres rodziców/opiekunów…………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

telefon……………………………………………………………………………………….

Oświadczam, że dane zawarte w pkt 1,2,3,4 są zgodne z dowodem osobistym

seria .................................................. numer .............................................................

wydanym przez ..........................................................................................................

w ................................................................................................................................

albo legitymacją szkolną……….. ...............................................................................

....................................................................................................................................

7. Informacje o uczestniku:

A) czy uczeń cierpi na choroby przewlekłe: TAK NIE

Jeżeli tak, proszę podać jakie ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

B) czy uczeń jest na coś uczulony: TAK NIE

Jeżeli tak, proszę podać na co

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

C) czy uczeń przyjmuje leki: TAK NIE

Jeżeli tak, proszę podać jakie

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

D) czy uczeń posiada ubezpieczenie zdrowotne: TAK NIE

E) inne istotne informacje dotyczące ucznia:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

……………………………. ……………………………….

(miejscowość, data) (podpis uczestnika projektu, rodzica/opiekuna)