

Gościno, dnia .....

**PODANIE DO INTERNATU  
ZESPOŁU SZKÓŁ IM. MACIEJA RATAJA  
W GOŚCINIE**

Proszę o przyznanie miejsca w Internacie w roku szkolnym 20 ..... / 20.....

Od 1 września 20 ..... będę uczniem / uczennicą (podać klasę, profil).....

Zamierzam mieszkać w internacie (niepotrzebne skreślić):

- przez cały rok szkolny
- tylko przez okres (wpisać miesiące) .....

**UCZEŃ:**

Nazwisko i imiona ucznia .....

Data i miejsce urodzenia .....

Adres z kodem pocztowym .....

.....

PESEL .....

Telefon kontaktowy ucznia.....

**RODZICE / OPIEKUNOWIE:**

Nazwisko i imię matki (opiekuna prawnego), panięskie nazwisko matki

.....

Telefon do matki (opiekuna prawnego): .....

Nazwisko i imię ojca (opiekuna prawnego)

.....

Telefon do ojca (opiekuna prawnego): .....

Podpis rodzica/opiekuna prawnego oraz ucznia

.....

.....

## **OŚWIADCZENIE RODZICA / OPIEKUNA PRAWNEGO UCZNIĄ STARAJĄCEGO SIĘ O POBYT W INTERNACIE ZS IM. MACIEJA RATAJA W GOŚCINIE**

**Po zapoznaniu się z regulaminem obowiązującym w Internacie Zespołu Szkół im. Macieja Rataja w Gościnie akceptuję zawarte w nim postanowienia i wyrażam zgodę oraz zobowiązuję się do:**

1. Z chwilą przyjęcia córki/syna do Internatu zobowiązuję się do wnoszenia comiesięcznych opłat za wyżywienie w stołówce oraz zakwaterowanie w wysokości i terminie ustalonym przez Dyrektora Szkoły i Kierownika Internatu tj. do 10 dnia każdego miesiąca.
2. Rodzic zobowiązany jest do zapoznania się z obowiązującymi w danym roku szkolnym stawkami za wyżywienie oraz zakwaterowanie, które są umieszczane na stronie internetowej internatu.
3. W przypadku dokonania przez córkę/syna zniszczeń sprzętu czy wyposażenia Internatu lub wyrządzenia innych szkód - pokryć ich pełną wartość lub dokonać naprawy.
4. Przyjmuję do wiadomości, że córka/syn za nieprzestrzeganie obowiązującego Regulaminu może być usunięta/y z Internatu w ciągu roku szkolnego.
5. W przypadku uczęszczania mojej córki / syna na dodatkowe zajęcia nadobowiązkowe odbywające się poza terenem szkoły wyrażam zgodę na uczestnictwo (prawo jazdy, kursy językowe, itp.)
6. Wyrażam zgodę na wyjścia córki/syna poza teren internatu oraz na jeden wyjazd w tygodniu poza miejscowość Gościno w godzinach od 13.00 do 19.00 po uprzednim zgłoszeniu przez ucznia do wychowawcy.
7. Wyrażam zgodę aby córka/syn w razie podejrzenia została/został poddany badaniu na obecność środków psychoaktywnych oraz alkoholu a w sytuacji tego wymagającej na wezwanie pogotowia ratunkowego.
8. Jako rodzic/opiekun prawny zobowiązuję się do regularnego utrzymywania kontaktu osobistego lub telefonicznego z wychowawcą w internacie w celu uzyskiwania informacji na temat sprawowania się dziecka w internacie.
9. Proszę podać istotne informacje dotyczące zdrowia dziecka, poważniejsze przebyte choroby bądź też alergie, czy dziecko przyjmuje jakieś leki bądź też jest pod opieką specjalisty:  
.....  
.....  
.....
10. Wyrażam zgodę i ponoszę pełną odpowiedzialność za powrót syna/córki z internatu do domu i dojazd do internatu oraz w czasie pobytu poza internatem.
11. W przypadku posiadania przez ucznia samochodu rodzic ponosi pełną odpowiedzialność za ucznia.

**UWAGA!!!**

**Warunkiem przyjęcia ucznia do internatu jest uregulowanie wszelkich zaległości.**

Gościno, dn. ....  
(Podpis rodzica/opiekuna prawnego )

# OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany .....  
(imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego)

jako rodzic / opiekun prawny\* dziecka .....  
(imię i nazwisko dziecka)

Oświadczam, że:

1. **Wyrażam / nie wyrażam\*** zgody na podejmowanie przez wychowawcę lub kierownika internatu ZS im. Macieja Rataja w Gościnie decyzji związanych z leczeniem, hospitalizacją i zabiegami operacyjnymi, w przypadku zagrożenia zdrowia lub życia mojego dziecka (mieszkańca internatu)
2. **Wyrażam / nie wyrażam\*** zgody aby w razie konieczności moje dziecko (mieszkaniec internatu) mogło zostać przewiezione prywatnym samochodem pod opieką wychowawcy/kierownika do szpitala bądź lekarza rodzinnego.
3. **Wyrażam / nie wyrażam\*** zgody na udział mojego dziecka (mieszkańca internatu) w wyjazdach i wyjściach organizowanych poza terenem internatu oraz Gościna przez wychowawców Internatu ZS im. Macieja Rataja w Gościnie.
4. **Wyrażam / nie wyrażam\*** zgody na kwartalne badanie czystości skóry mojej córki / mojego syna\*. Badanie będzie przeprowadzone przez pielęgniarkę szkolną.

Gościno, dn. ....  
(Podpis rodzica/opiekuna prawnego)

\*niepotrzebne skreślić