



**Kwestionariusz osobowy dla celów programu „Zagraniczna mobilność edukacyjna uczniów i absolwentów oraz kadry kształcenia zawodowego”**

**Proszę o wypełnienie drukowanymi literami**

miejsce na fotografię	<p>Imię (imiona) i nazwisko</p> <p>.....</p> <p>imiona rodziców.....</p>
Data i miejsce urodzenia	
.....	
Miejsce zamieszkania .....	
(dokładny adres)	
.....	
(telefon)	(telefon do rodzica)
Adres e –mail	
<p><b>Uwagi dotyczące stanu zdrowia dziecka (choroby na jakie cierpi dziecko, jakie bierze leki, alergie i uczulenia )</b></p>	
czy dziecko ma chorobę lokomocyjną? .....	
czy jest uczulone i na co? .....	
czy przyjmuje stale jakieś leki? .....	
Osoba, którą należy zawiadomić w razie wypadku .....	
(imię i nazwisko, adres, telefon)	

.....  
Imię i nazwisko osoby składającej oświadczenie