

.....
Imię i nazwisko ojca /opiekuna prawnego

.....
Imię i nazwisko matki /opiekuna prawnego

OŚWIADCZENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Potwierdzamy zamiar zamieszkania dziecka w bursie:

.....
(imię i nazwisko dziecka)

.....
(PESEL dziecka)

Deklarujemy okres pobytu dziecka w bursie:

od 202... r. do 202....r.

Niniejszym oświadczamy, że:

1. Zapoznaliśmy się ze Statutem Bursy i Regulaminem Mieszkańców Bursy.
2. Zobowiązujemy się do regularnego wnoszenia opłat za pobyt dziecka w bursie i jesteśmy świadomi konsekwencji w przypadku powstania zadłużenia finansowego wobec bursy tj. skreślenia dziecka z listy mieszkańców.
3. Wyrażamy / nie wyrażamy/* zgody na przesyłanie faktury drogą elektroniczną, na niżej podany adres e-mail:
4. Informujemy, że płatnikiem za zakwaterowanie i wyżywienie dziecka w bursie będzie**:

.....
(imię i nazwisko płatnika)

.....
(tel. Kontaktowy)

.....
Nr konta bankowego płatnika (w tym do zwrotów nadpłaty i kaucji)

Do niniejszego oświadczenia załączamy:

- 1) Zaświadczenie o przyjęciu do szkoły (jeśli przyjęcie nie zostało potwierdzone we wniosku
- 2) Informacje o stanie zdrowia dziecka

.....
data

.....
podpisy rodziców /opiekunów prawnych

* niepotrzebne skreślić

** płatnikiem oprócz rodzica/opiekuna prawnego może być także inna osoba lub instytucja

Informacja o stanie zdrowia

Zgodnie z obowiązującymi przepisami Rodzic/Opiekun Prawny podaje istotne informacje o stanie zdrowia dziecka lub inne informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki w czasie pobytu dziecka w bursie. Wszystkie informacje podlegają ochronie, zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych

..... PESEL

Imię i nazwisko dziecka

Kogo powiadomić w razie wypadku, nagłej choroby dziecka lub konieczności wykonania badania lub zabiegu operacyjnego w placówce medycznej?

.....

Imię i nazwisko rodzica/opiekuna prawnego tel. kontaktowy

Czy dziecko jest ogólnie zdrowe? TAK ☐ NIE ☐

Czy aktualnie leczy się? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to, z jakiego powodu:

Czy jest pod stałą opieką specjalisty? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to proszę podać jakiego

Czy przyjmuje jakieś leki? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to, jakie:

Czy jest na coś uczulone? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak to, na co:

Czy wymaga specjalistycznej diety? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to jakiej

Czy wymaga specjalistycznej opieki psychologicznej? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to z jakiego powodu.....

Czy było diagnozowane przez Poradnię Psychologiczno- Pedagogiczną? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, to proszę załączyć opinię/orzeczenie

Czy było konsultowane psychiatrycznie? TAK ☐ NIE ☐

Jeśli tak, co było przyczyną.....

Czy miało epizody zasłabnięcia lub utraty przytomności? TAK ☐ NIE ☐

Inne dolegliwości, jakie?

.....

Dodatkowe informacje, które mogą pomóc w zapewnieniu właściwej opieki:

.....

.....

OŚWIADCZENIE RODZICÓW / OPIEKUNÓW PRAWNYCH

Niniejszym oświadczam, że powyższe informacje o stanie zdrowia dziecka są zgodne ze stanem faktycznym oraz zobowiązuję się zgłaszać opiekunowi grupy wszystkie istotne zmiany w sytuacji zdrowotnej dziecka niezwłocznie po ich zaistnieniu.

.....

Data i podpisy / rodziców / opiekunów prawnych

.....