



IV Liceum Ogólnokształcące im. Mikołaja Kopernika

Zgłoszenie chęci udziału w mobilnościach

ANKIETA WSTĘPNA DLA UCZNIÓW I RODZICÓW

Przed wypełnieniem ankiety wstępnej bardzo prosimy o zapoznanie się z regulaminem mobilności dostępnym na stronie: <https://www.ivlorybnik.pl/akredytacja-erasmusa.html>

ZGŁASZAM SWÓJ UDZIAŁ W NASTĘPUJĄCEJ MOBILNOŚCI – MOŻNA WYBRAĆ OBY DWIE (ZAZNACZ X):

- Grupowa mobilność uczniów – Bruksela, Belgia – w ramach dat 15 – 30 kwietnia 2024
 Krótkoterminowa mobilność – Modena, Włochy – 6 – 20 kwietnia 2024

1. Dane podstawowe ucznia (proszę podać dokładnie wszystkie informacje)

Imię		Ulica	
Nazwisko		Kod pocztowy i miejscowość	
Nr telefonu (komórka)		Adres e-mail	
Seria i numer paszportu (data wydania i data ważności)		PESEL	
Seria i numer dowodu osobistego (data wydania i data ważności)			

2. Dane na temat rodziców

Mieszkam z:

- matką i ojcem matką i jej partnerem ojcem i jego partnerką
 matką ojcem innymi osobami (proszę wyjaśnić):

Matka/przybrana matka/opiekunka

Imię: _____

Nazwisko: _____

Numer telefonu: _____

Adres e-mail: _____

Ojciec/ojczym/opiekun

Imię: _____

Nazwisko: _____

Numer telefonu: _____

Adres e-mail: _____

3. Rodzeństwo

Imię	Wiek

	Tak	Nie
Mieszka w domu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mieszka w domu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mieszka w domu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Poziom znajomości języków obcych

Uczeń:

Język _____	Lata nauki __	Zdolność mówienia	<input type="checkbox"/> słaba	<input type="checkbox"/> średnia	<input type="checkbox"/> dobra	<input type="checkbox"/> znakomita
Język _____	Lata nauki __	Zdolność mówienia	<input type="checkbox"/> słaba	<input type="checkbox"/> średnia	<input type="checkbox"/> dobra	<input type="checkbox"/> znakomita
Język _____	Lata nauki __	Zdolność mówienia	<input type="checkbox"/> słaba	<input type="checkbox"/> średnia	<input type="checkbox"/> dobra	<input type="checkbox"/> znakomita

Matka:

Język _____	Lata nauki __	Zdolność mówienia	<input type="checkbox"/> słaba	<input type="checkbox"/> średnia	<input type="checkbox"/> dobra	<input type="checkbox"/> znakomita
Język _____	Lata nauki __	Zdolność mówienia	<input type="checkbox"/> słaba	<input type="checkbox"/> średnia	<input type="checkbox"/> dobra	<input type="checkbox"/> znakomita



IV Liceum Ogólnokształcące im. Mikołaja Kopernika

Zgłoszenie chęci udziału w mobilnościach

Ojciec:

Język _____	Lata nauki __	Zdolność mówienia	<input type="checkbox"/> słaba	<input type="checkbox"/> średnia	<input type="checkbox"/> dobra	<input type="checkbox"/> znakomita
Język _____	Lata nauki __	Zdolność mówienia	<input type="checkbox"/> słaba	<input type="checkbox"/> średnia	<input type="checkbox"/> dobra	<input type="checkbox"/> znakomita

Rodzeństwo:

Język _____	Lata nauki __	Zdolność mówienia	<input type="checkbox"/> słaba	<input type="checkbox"/> średnia	<input type="checkbox"/> dobra	<input type="checkbox"/> znakomita
Język _____	Lata nauki __	Zdolność mówienia	<input type="checkbox"/> słaba	<input type="checkbox"/> średnia	<input type="checkbox"/> dobra	<input type="checkbox"/> znakomita

5. ZGODA RODZICÓW

Jako rodzic/opiekun ucznia/pełnoletni uczeń*,

- ❖ Niniejszym wyrażam zgodę na swoje/dziecka* uczestnictwo w mobilności w ramach Akredytacji Programu Erasmus, łącznie z wcześniejszym przygotowaniem oraz późniejszymi działaniami związanymi z realizacją akredytacji;
- ❖ Zobowiązuję się do podania dokładnych i właściwych informacji na temat stanu zdrowia oraz wszelkich specjalnych wymagań moich/mojego dziecka*;
- ❖ Ja/Moje dziecko* zobowiązuje się do przestrzegania podczas wymiany zasad zachowania i postępowania uzgodnionych pomiędzy szkołami;
- ❖ Przyjmuję do wiadomości, że może okazać się konieczne odesłanie mnie/mojego dziecka* do domu przed końcem pobytu w przypadkach opisanych w regulaminie mobilności;
- ❖ Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z regulaminem mobilności i w pełni akceptuję jego postanowienia;
- ❖ Zgadzam się, aby moje dziecko otrzymywało potrzebne lekarstwa oraz leczenie dentystryczne, medyczne lub chirurgiczne w nagłych wypadkach, łącznie ze znieczuleniem lub transfuzją krwi, zgodnie z tym, co zostanie uznane za stosowne przez zajmujące się nim służby medyczne;
- ❖ **Zobowiązuję się do przyjęcia/Nie mogę przyjąć*** ucznia ze szkoły partnerskiej w terminie określonym przez IV Liceum Ogólnokształcące im. Mikołaja Kopernika w Rybniku oraz zapewnienia mu noclegu, wyżywienia, przejazdów do szkoły i z powrotem oraz jakiegóż jednodniowej wycieczki / wyjazdu, np. wyjazd w góry.
- ❖ **W przypadku przyjmowania ucznia** - Oświadczam, że żadna z osób zamieszkujących nasze gospodarstwo domowe nie została skazana za przestępstwo seksualne;
- ❖ Rozumiem, że zdjęcia, filmy oraz nagrania wideo dotyczące wymiany mogą być wykorzystywane przez szkołę goszczącą oraz IV Liceum Ogólnokształcące i wyrażam na to zgodę.

Wyrażam zgodę i akceptuję – konieczne są wszystkie podpisy!

Miejscowość _____ Data _____

(Rodzic/opiekun) Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis

(Rodzic/opiekun) Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis

(Uczeń) Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

Podpis